

MANUEL CUSTÓDIO LANGANE

**ESTRATÉGIAS DE COPING, SATISFAÇÃO COM A
VIDA, ANSIEDADE E AUTO-ESTIMA: O PAPEL DO
ÁLCOOL**

Orientador: Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

MANUEL CUSTÓDIO LANGANE

**ESTRATÉGIAS DE COPING, SATISFAÇÃO COM A
VIDA, ANSIEDADE E AUTO-ESTIMA: O PAPÉL DO
ÁLCOOL**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professora Doutora Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Dedicatória

A meus pais,
Alberto Langane e
Catarina Messano

Agradecimentos

A todas as pessoas que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Pessoas que me incentivaram de diferentes maneiras. A todos a minha sincera gratidão.

A Universidade Lusófona de Lisboa, pela oportunidade de fazer este Mestrado.

Aos professores da faculdade de Psicologia, pela arte de ensinar e atenção.

A minha orientadora, Manuela Guerreiro, pelo apoio, conhecimento passado e, principalmente pela amizade durante esses meses.

Aos colegas da turma que sempre me receberam de braços abertos, apoiaram e, ajudaram a fazer o Mestrado.

Aos meus pais, Alberto Langane e Catarina Messano, pelo amor e incentivo, sem os quais eu nunca teria chegado até aqui. Impossível expressar em palavras meu amor e gratidão por eles.

Aos meus paroquianos de São Miguel de Alcainça, Cheleiros e Igreja-Nova, pelas orações e todo o apoio espiritual.

Resumo

Foi objectivo do presente estudo analisar as relações entre satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima em não consumidores e consumidores habituais de álcool, numa amostra de 225 estudantes universitários, 88 do sexo masculino (39%) e 136 do sexo feminino (60%), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos ($M = 26.05$; $DP = 8.70$). Foram utilizados como instrumentos: *Adolescent Alcohol Involvement Scale* (AAIS; Mayer & Filstead, 1979), *Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener, 1984), *Coping Responses Inventory* (CRI; Moos, 1993), *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck & Steer, 1993) e *Escala de Auto-estima de Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965). Os resultados mostraram que os homens apresentam maiores e mais frequentes consumos de álcool comparativamente com as mulheres, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos para a satisfação com a vida e auto-estima, mas que as mulheres apresentam mais sintomatologia ansiosa do que os homens. As estratégias de *coping* estão relacionadas com a satisfação com a vida, a ansiedade e a auto-estima. Não foi encontrada relação entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida, a auto-estima e a ansiedade. No entanto, existe uma relação positiva entre o consumo de álcool e a utilização da Estratégia de coping evitamento. Conclui-se que é possível prever a frequência do consumo de álcool através das dimensões em estudo.

Palavras-chave: Álcool, *Coping*, satisfação com a vida, ansiedade, auto-estima.

Abstract

The present study aim was to analyse the relationships between satisfaction with life, coping strategies, anxiety and self-esteem in consumers and not consumers of alcohol, in a sample of 225 college students, 88 male (39%) and 136 female (60%), between the ages of 18 and 67 years ($M = 26.05$; $SD = 8.70$). Were used as instruments: Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS; Mayer & Filstead, 1979), Satisfaction with Life Scale (SWLS, Diener, 1984), Coping Responses Inventory (CRI; Moos, 1993), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1993) and Rosenbergg self-esteem scale (RSES; Rosenberg, 1965). Results showed that men drink more alcohol and with higher frequency compared with women, there are no statistically significant differences between genders for life satisfaction and self-esteem, but that women have more anxious symptoms than men. Coping strategies are related to life satisfaction, anxiety and self-esteem. Was not found a relationship between alcohol consumption and satisfaction with life, self-esteem and anxiety. However, there is a positive relationship between alcohol consumption and the use of avoidance coping strategy. It is concluded that it is possible to predict the frequency of alcohol consumption through the dimensions studied.

Key-words: Alcohol, *Coping*, life satisfaction, anxiety, self-esteem.

Índice

Introdução	11
Parte I - Fundamentação Teórica	12
Capítulo 1.1 – Satisfação com a vida	13
1.1.1. Conceito	13
1.1.2. Satisfação com a vida em estudantes	15
1.1.3. Diferenças entre sexos	16
Capítulo 1.2 - Estratégias de coping	17
1.2.1. Conceito	17
1.2.2. <i>Coping</i> nos estudantes	18
1.2.3. <i>Coping</i> e satisfação com a vida	19
Capítulo 1.3 - Ansiedade	20
1.3.1. Conceito	20
1.3.2. Ansiedade nos estudantes.....	22
1.3.3. Diferenças entre sexos	22
1.3.4. Ansiedade e satisfação com a vida	23
1.3.5. Ansiedade e <i>coping</i>	24
Capítulo 1.4 - Auto-estima	26
1.4.1. Conceito	26
1.4.2. Auto-estima nos estudantes	27
1.4.3. Diferenças entre sexos	27
1.4.4. Auto-estima e satisfação com a vida	28
1.4.5. Auto-estima e <i>coping</i>	29
1.4.6. Auto-estima e ansiedade	30
Capítulo 1.5 – Álcool	31
1.5.1. Conceito	31
1.5.2. Consumo nos estudantes	32
1.5.3. Diferenças entre sexos	33
1.5.4. Álcool e satisfação com a vida	34
1.5.5. Álcool e <i>coping</i>	34
1.5.6. Álcool, ansiedade e auto-estima	35

Parte II - Trabalho de campo	37
2.1.Objetivos e Hipóteses	38
2.2-Material e Métodos	40
2.2.1 Participantes	40
2.2.2 Instrumentos/Medidas.....	41
2.2.3. Procedimento.....	44
Parte III - Resultados	45
3.1. Dimensões relacionadas com o álcool	46
3.2. Características Psicométricas das Medidas.....	54
3.3. Diferenças entre grupos	55
3.4. Correlações.....	60
3.5. Regressão.....	63
Parte IV – Discussão	65
Conclusão	71
Referências	73
ANEXOS	I
ANEXO I - Protocolo	II

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização da amostra por géneros	40
Tabela 2. Diferenças entre sexos para a frequência com que costuma tomar bebidas alcoólicas.....	46
Tabela 3. Diferenças entre sexos para a quantidade semanal em termos de consumo de bebidas alcoólicas.....	47
Tabela 4. Diferenças entre sexos para o efeito mais importante da bebida	49
Tabela 5. Diferenças entre sexos para a maior consequência da bebida	51
Tabela 6. Diferenças entre sexos para o que os outros pensam de si	52
Tabela 7. Consistência interna das medidas.....	54
Tabela 8. Diferenças entre sexos para a Satisfação com a vida, Estratégias de coping, Ansiedade e Auto-estima	55
Tabela 9. Diferenças entre participantes com consumos mais ou menos frequentes para a Satisfação com a vida, Estratégias de coping, Ansiedade e Auto-estima	56
Tabela 10. Diferenças entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas para a Satisfação com a vida, Estratégias de coping, Ansiedade e Auto-estima	57
Tabela 11. Post Hoc	59
Tabela 12. Correlação entre Satisfação com a vida, Estratégias de coping, Ansiedade e Auto-estima	60
Tabela 13. Correlação entre Frequência de consumo e Satisfação com a vida, Estratégias de coping, Ansiedade e Auto-estima	61
Tabela 14. Coeficientes de regressão para a previsão da Frequência de consumo de bebidas alcoólicas.....	63

Índice de Figuras

Figura 1. Frequência com que costuma tomar bebidas alcoólicas	47
Figura 2. Quantidade de bebida semanal	49
Figura 3. Efeito mais importante que a bebida provoca	50
Figura 4. Maior consequência da bebida que sentiu em toda a vida	52
Figura 5. O que os outros pensam sobre si.....	53
Figura 6. Distribuição da amostra em função das bebidas mais consumidas	57

Intrudução

O tema desta investigação é sobre o papel do álcool no uso das estratégias de *coping*, na satisfação com a vida, na ansiedade e auto-estima.

A literatura tem referido, ao longo dos anos, que o consumo abusivo e continuado de álcool tem consequências nefastas sobre a vida dos sujeitos e que diversas são as suas causas e consequências. Desta forma, o estudo desta temática é importante porque permite contribuir com mais informação, especialmente numa população, estudantes universitários, referida como um grupo de elevado risco.

Neste sentido coloca-se como questão de partida "qual a relação entre o consumo excessivo de álcool e utilização de estratégias de coping mais desadaptativas, assim como com baixa satisfação com a vida e auto-estima e elevada ansiedade".

O estudo seguirá um desenho transversal, comparativo e correlacional.

A apresentação desta dissertação segue os seguintes passos: Uma primeira parte de contextualização teórica, onde se abordam os conceitos de satisfação com a vida, estratégias de *Coping*, ansiedade e auto-estima e onde se abordam estes temas num contexto de consumo de álcool. Na segunda parte são apresentados os participantes, as medidas utilizadas e o modo como decorreu a investigação. Na terceira parte são descritos os resultados estatísticos obtidos e na quarta parte procede-se à discussão desses resultados. Apresentam-se ainda uma conclusão sucinta do trabalho.

As normas utilizadas na dissertação, na apresentação textual e de resultados serão as indicadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT – para as apresentações de teses e dissertações, seguindo a bibliografia as normas da American Psychological Association – APA.

Parte I - Fundamentação Teórica

Capítulo 1.1. Satisfação com a vida

1.1.1. Conceito

A literatura refere dois grandes aspetos do bem-estar subjectivo: uma componente afectiva, que é frequentemente subdividida em afetos agradáveis e desagradáveis e uma componente cognitiva, que é definida como satisfação com a vida (Alves, 2008; Pavot & Diener, 1993).

A satisfação com a vida global tem sido definida como uma avaliação cognitiva da vida como um todo (Shin & Johnson, 1984). Embora o afeto possa influenciar os relatos da satisfação com a vida, a satisfação com a vida distingue-se dos transitórios estados afetivos. As emoções referem-se às reações no momento, específicas para eventos específicos que ocorrem na vida das pessoas, tais como raiva, alegria, ansiedade e assim por diante. Os relatos de satisfação com a vida, normalmente, referem-se a avaliações de fundo mais geral, duradouro, que englobam a vida geral ou as suas principais facetas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Lazarus, 1991).

A satisfação com a vida compreende um processo de julgamento, no qual as pessoas avaliam a qualidade das suas vidas com base no seu próprio conjunto de critérios (Shin & Johnson, 1978). Comparam-se as circunstâncias de vida percebidas e o padrão auto-imposto ou normas existentes no meio, e consoante a forma como estes dois factores se relacionam, a pessoa apresenta mais ou menos satisfação com a vida. Assim, a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo consciente de uma vida em que os critérios de julgamento são pessoais, sendo desta forma algo subjectivo (Pavot & Diener, 1993).

Os processos de julgamento da vida não acontecem de forma semelhante em todas as pessoas, pois as pessoas que reportam maior satisfação com a vida parecem dar maior importância às áreas onde a sua vida corre melhor e as que relatam menor satisfação com a vida parecem dar maior relevo aos aspectos mais problemáticos da sua vida (Diener & Biswas-Diener, 2002).

É ainda de acrescentar que a satisfação com a vida influencia as avaliações relativas às outras esferas da vida da pessoa. Assim, é provável que as pessoas satisfeitas com a sua vida em geral, se sintam mais satisfeitas com dimensões específicas da vida, como é exemplo a vida social (Oliveira, 2007). Todavia, a causalidade entre a satisfação com a vida e a

satisfação com outros domínios específicos é ainda uma questão em aberto na literatura (Lent et al., 2005).

As medidas de satisfação com a vida também são consistentes com um interesse expandido na definição, incluindo a saúde mental como mais do que simplesmente a ausência de sintomas psicopatológicos.

Por exemplo, Kazdin (1993) argumenta que a saúde mental abrangeu dois domínios: a ausência de disfunção e óptimo funcionamento em domínios psicológicos. Da mesma forma, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referem que a teoria e as medidas relacionadas ao bem-estar exigem construções adaptáveis que incluam forças pessoais e não apenas a ausência de sintomas psicopatológicos. O constructo de satisfação de vida cumpre este requisito pois incorpora toda a gama de satisfação (p. ex., de muito baixa, para neutra e para muito alta) (Kamman, Farry, & Herbison, 1984). A relação entre a insatisfação com a vida e um diagnóstico da psicopatologia não é necessariamente concordante, como por exemplo, uma pessoa pode estar insatisfeita com a sua vida sem mostrar sintomas psicopatológicos, tendo sintomas que podem ser adaptativos, de acordo com a experiência das circunstâncias ambientais altamente indesejáveis (Greenspoon & Saklofske, 2000).

A importância das facetas específicas da satisfação com a vida tem sido debatida (Andrews & Robinson, 1991; Seligson, Huebner, & Valois, 2003), sendo a satisfação com a vida estudada, também, sob uma perspectiva multidimensional, como por exemplo, a satisfação com a vida escolar, amigos, auto, entre outros domínios. O uso das duas estratégias de investigação tem sido frutífero, no entanto, esta investigação centra-se principalmente na pesquisa de satisfação com a vida global.

A satisfação com a vida tem sido estudada do ponto de vista de que é um resultado importante por si só (Diener et al., 1999). Tem sido realizada investigação considerável para tentar compreender os determinantes da percepção de boa vida, existindo estudos que sugeriram que os julgamentos da satisfação com a vida operam, não apenas como um subproduto da vida particular, de experiências e características pessoais, mas que a satisfação com a vida sofre, igualmente, uma influência crucial dos processos e comportamentos da pessoa. Por exemplo, Frederickson (1998) refere que as experiências subjetivas positivas servem para ampliar e construir recursos para regular e proteger a pessoa das experiências afetivas negativas. Estudos de correlações com a satisfação com a vida em adultos sugerem que uma elevada satisfação com a vida relaciona-se com interações sociais positivas, elevada percepção e criatividade, participação activa na comunidade e organizações políticas, menos

queixas físicas e vidas mais longas (Veenhoven, 1988). Por outro lado, baixos níveis de satisfação com a vida têm sido associados com resultados adaptativos negativos, tais como a depressão (Lewinsohn, Redner, & Seeley, 1991), rejeição interpessoal (Furr & Funder, 1998), comportamento agressivo (Suldo & Huebner, 2004; Valois, Zullis, Huebner, Drane, 2001), consumo excessivo de álcool (Newcomb, Bentler, & Collins, 1986; Raphael, Rukholm, Brown, Hill-Bailey, & Donato, 1996) e abuso de substâncias químicas (Zullig, Valois, Huebner, & Drane, 2001).

A investigação da satisfação com a vida em crianças e jovens tem recebido atenção crescente numa variedade de áreas, incluindo tanto a educação regular como especial (Crocker, 2000).

1.1.2. Satisfação com a vida em estudantes

Pico (2006) sugere que a satisfação com a vida dos jovens pode ser influenciada pela saúde e certos fatores socioeconómicos ou socioculturais. Os resultados do seu estudo, realizado na Hungria, mostram que a saúde psicossocial dos jovens pode desempenhar um papel importante nos seus níveis de satisfação com a vida, particularmente a depressão, sintomas psicossomáticos e comportamentos de saúde (por exemplo, consumo de álcool ou tabaco).

Jung e colaboradores (2007) realizaram um estudo sobre satisfação com a vida na população coreana, sugerindo que fatores como a idade, a educação, a ocupação e a família influenciam a satisfação com a vida. Os jovens e pessoas com níveis de educação superiores apresentaram uma maior satisfação com a vida, mostrando assim que a satisfação com a vida difere significativamente entre os diferentes níveis educacionais e grupos etários.

No entanto os níveis médios de satisfação com a vida podem diminuir, aumentar ou permanecer relativamente constantes, em todo o ciclo de vida (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010), sendo os resultados da literatura não conclusivos. Alguns estudos defendem que a satisfação com a vida aumenta pouco ou mantém-se constante em todo o ciclo de vida, como são exemplo os estudos de Cantril (1965) e Inglehart (1990) nos quais não foram encontradas diferenças entre os grupos de idade. Também Diener e Suh (1998) referem que a satisfação com a vida é bastante estável. Por outro lado, outros estudos referem que a satisfação com a vida aumenta com a idade. Prenda e Lachman (2001), num estudo com participantes com idades compreendidas entre 25 e 75 anos, concluíram que idade é diretamente relacionada com

satisfação com a vida. Mroczek e Spiro (2005), referem que o bem-estar aumenta ao longo da meia-idade, mas diminuiu de forma constante após a idade de 65 anos. Este trabalho incluiu sujeitos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 40 e 85 anos.

Huebner (1991) investigou a satisfação com a vida global, numa amostra de alunos do quinto ao sétimo ano e concluiu que as diferenças individuais na satisfação com a vida global não se mostraram associadas às variáveis demográficas (idade, ano de escolaridade, sexo, estado civil dos pais e status ocupacional dos pais), mas mostraram-se associadas a características de personalidade. Os estudantes que relataram uma satisfação com a vida elevada tendiam a apresentar maior auto-estima, locus interno de controlo e extroversão e menos ansiedade e neuroticismo. A satisfação com a vida familiar foi mais fortemente associada à satisfação com a vida em geral do que a satisfação com os amigos. As notas de escola não se correlacionaram significativamente com a satisfação com a vida global

1.1.3. Diferenças entre sexos

A literatura refere, maioritariamente, que os homens têm maior satisfação com a vida do que as mulheres (Fonseca, Paúl, & Martin, 2008; Lacruz, Emeny, Baumert, & Ladwig, 2011; McDonnell et al., 2011).

Contudo, se atendermos aos diferentes aspetos da satisfação com a vida, as conclusões podem ser diferentes. Por exemplo Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll e Decker (2009) concluíram que as mulheres apresentam uma maior satisfação com a vida familiar e que os homens apresentam uma maior satisfação com o tempo de lazer.

Capítulo 1.2. Estratégias de coping

1.2.1. Conceito

A teoria de *Coping* é percebida como a representação individual do modo como as pessoas comumente reagem ao *stress*. O *Coping* é descrito como um conjunto de estratégias cognitivas e/ou comportamentais utilizadas pelo indivíduo para enfrentar as exigências internas ou externas apreciadas como ultrapassando os seus recursos (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009).

O termo *Coping* pode ser entendido como lidar com, enfrentar, encarar, ultrapassar, fazer face, dar resposta a, reagir a ou adaptar-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Pocinho & Capelo, 2009). Ribeiro (2002) acrescenta que o *Coping* pode ser descrito como as respostas comportamentais ou cognitivas que uma pessoa revela perante o *stress*, nem sempre considerando as consequências destas e/ou resultando num controlo efectivo do *stress*. O *Coping* é, deste modo, um fenómeno adaptativo que contribui para a sobrevivência e para um adequado desempenho das actividades nas diferentes vertentes da vida de um indivíduo (Pocinho & Capelo, 2009).

Folkman e Lazarus (1980) criaram um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *Coping* focado no problema e *Coping* focado na emoção. Nesta perspetiva, as estratégias de *Coping* são vistas como acções deliberadas que podem ser aprendidas, usadas ou recusadas, não incluindo os mecanismos de defesa inconscientes nem a somatização. Este modelo apresenta quatro conceitos principais: O *Coping* dá-se entre o indivíduo e o ambiente; o objectivo é a gestão (não o controlo ou o domínio) da situação stressante; importa como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado mentalmente; o indivíduo leva a cabo esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências externas ou internas que surgem da sua interacção com o ambiente. Lazarus e Folkman (1984) referem que o *Coping* será mais efetivo se houver uma conciliação entre a capacidade de mudança do fator stressor que confronta o indivíduo e a estratégia adequada para lidar com o fator stressor.

As estratégias focadas no problema devem ser utilizadas em stressores que podem ser alterados e as estratégias focadas na emoção devem ser utilizadas em stressores que se mantêm inalterados. As estratégias focadas na emoção são focadas nos estados internos de emoção e agregam estratégias como o evitamento cognitivo e a descarga emocional. Por outro

lado, as estratégias focadas no problema têm como objetivo agir sobre o fator stressor. Este tipo de estratégias engloba, como exemplo, a resolução de problemas e a análise lógica (Lazarus & Folkman, 1984). Rudolph, Denning e Weisz (1995) criticam o modelo anterior, propondo que o *coping* deve ser entendido como um episódio em que existe uma tentativa de separação entre três aspetos principais: uma resposta de *coping*, um objectivo relacionado com essa resposta e um resultado, dando bastante importância ao resultado.

Os últimos quarenta anos de investigação mostraram que os fatores demográficos em conjunto não influenciam fortemente a variância do bem-estar subjetivo. Campbell, Converse e Rodgers (1976) verificaram que as variáveis demográficas tais como o sexo, idade, estatuto económico, raça, educação e condição civil explicam menos do que vinte por cento da variância do bem-estar. Desta forma, a investigação passou a questionar o facto de que o impacto das variáveis demográficas ser, provavelmente, mediado por processos psicológicos como objetivos e estratégias de coping.

1.2.2. *Coping* nos estudantes

Perante a entrada na universidade e como consequência da experienciação de diferentes dificuldades, sejam elas académicas, vocacionais, socioeconómicas, de adaptação psicossocial, ou outras, fazem com que o estudante utilize diferentes estratégias de *coping*, tanto para se defender como se adaptar à nova realidade. Ao longo da sua estadia na universidade é exigido ao estudante que se adapte a diferentes realidades e que aprenda a gerir e ultrapassar os momentos de frustração, angústia ou de insucesso. Consequentemente, o estudante vai descobrir diferentes estratégias de *coping* que lhe permitirão responder às situações que forem surgindo no seu percurso (Rafael, 2006).

1.2.3. *Coping* e satisfação com a vida

São vários os estudos que relacionam a satisfação com a vida com as estratégias de *coping* utilizadas.

Hamarat e colegas (2001) realizaram um estudo sobre satisfação global com a vida em três grupos de idade (18 a 40 anos, 41 a 65 anos e 66 anos e acima) e concluíram que o *coping* tem um papel preditor da satisfação de vida global, no entanto a eficácia dos recursos de *coping* foram um melhor preditor da satisfação com a vida nos adultos de meia-idade e mais velhos do que nos participantes mais jovens.

Utsey, Ponterotto, Reynolds e Cancelli (2000), num estudo com 213 adultos, verificaram que a satisfação com a vida se correlaciona de forma negativa com as estratégias de *coping* de evitamento, mas que não se correlaciona com as estratégias resolução de problemas e procura de apoio social.

Deniz (2006), num estudo cujo objetivo era determinar as relações entre estratégias de *coping* para lidar com o *stress*, a satisfação com a vida, estilos de tomada de decisão e auto-estima, realizado com uma amostra de 492 universitários da Turquia, obteve como resultados que a satisfação com a vida se correlaciona positivamente com as estratégias de *coping* focadas no problema e com a procura de apoio social.

Capítulo 1.3. Ansiedade

1.3.1. Conceito

A ansiedade pode ser descrita como uma emoção que é criada pela antecipação de um perigo impreciso, sendo difícil a sua previsão e controlo, transformando-se num medo perante um perigo identificado. O medo é a resposta emocional a um perigo, conscientemente reconhecido e de origem exterior, sentido como ameaçador para a integridade física ou psicológica da pessoa, relacionado com a avaliação que o indivíduo faz da existência de um perigo, real ou potencial. Contudo, ansiedade e medo, são emoções distintas, pois o medo consiste numa resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não conflitual e a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e de origem conflitual (Kaplan & Sadock, 1999).

A emoção da ansiedade é vivida como normal, se for adequada às circunstâncias e aceite como um acontecimento que acompanha o estímulo necessário para lidar com uma situação específica, ou seja, é normal e necessária para o crescimento, para a vivência de experiências novas e inéditas, do encontrar da própria identidade e sentido na vida (Kaplan & Sadock, 1999).

Por outro lado, a ansiedade patológica caracteriza-se por emoções negativas excessivas e persistentes. Pessoas com ansiedade usam mais a supressão e têm uma tendência superior para julgar as suas emoções negativas como não aceitáveis (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006).

A ansiedade é conceptualizada nos três sistemas: cognitivo-verbal, fisiológico e comportamental, que estão interligados, mas, concomitantemente, capazes de variação independente (Baptista, 1988).

As perturbações da ansiedade no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) são a Perturbação de pânico sem agorafobia, Perturbação de pânico com agorafobia, Agorafobia sem perturbação de pânico, Fobias específicas, Fobia social, Perturbação obsessivo-compulsiva, *Stress* pós-traumático, Perturbação de *stress* agudo, Perturbação de ansiedade generalizada, Perturbação de ansiedade secundária a condição física geral, Perturbação de ansiedade induzida por substâncias e Perturbação de ansiedade sem outra especificação.

São sintomas cognitivos da perturbação da ansiedade os sintomas sensório-perceptuais, as dificuldades de pensamento e os sintomas conceptuais (medos). Os sintomas sensório-perceptuais são significativos não pela sua gravidade ou interferência no funcionamento geral, mas porque não são familiares e imediatamente controláveis e porque sugerem à pessoa que está a perder o controlo. As dificuldades de pensamento podem ser produzidas por uma variedade de fatores, mas devem-se especialmente ao facto de a capacidade cognitiva estar tão ocupada a tentar lidar com o medo que resta pouca capacidade para satisfazer as exigências dos outros processos cognitivos (Beck & Emery, 1985).

Os sintomas comportamentais traduzem-se comumente em hiperactividade ou inibição do sistema comportamental, ficando a pessoa ativada ou bloqueada pelo medo (Payne, 2003).

Os sintomas fisiológicos refletem a leitura do organismo para a auto-protecção. O ramo simpático do sistema nervoso autónomico (responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de *stress*) facilita o uso das estratégias de *coping*. O aumento do batimento cardíaco e da pressão sanguínea ajudam a pessoa a se defender ativamente ou a fugir. Os sintomas do sistema parasimpático (responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de calma, como por exemplo a desaceleração dos batimentos cardíacos, a diminuição da pressão arterial, a diminuição da adrenalina e a diminuição do açúcar no sangue), em contraste, facilitam a estratégia de colapso, uma expressão que demonstra que a pessoa não possui estratégias de *coping* ativas para lidar com a ameaça (Beck & Emery, 1985; Payne, 2003).

Os sintomas somáticos, como a tensão muscular, inquietude e dores de estômago são aspetos clínicos também frequentes na perturbação da ansiedade (Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006; Muris & Meesters, 2004).

A ansiedade é bastante comum nas sociedades ocidentais, tendo consequências ao nível do funcionamento psicossocial (Quintão, Delgado, & Prieto, 2013). Em Portugal a investigação sobre a epidemiologia da ansiedade é escassa, mas alguns estudos apresentam taxas entre os 11.2% e 16.50% como diagnóstico principal e entre 17.7% e 29.17% como secundária a outra perturbação (Apóstolo, Ventura, Caetano, & Costa, 2008; Rabasquinho & Pereira, 2007; World Mental Health Consortium, 2010).

1.3.2. Ansiedade nos estudantes

Os estudos em epidemiologia psiquiátrica têm sido, maioritariamente, realizados nos países ocidentais e os resultados indicam que 90% da morbilidade psiquiátrica encontrada refere-se a distúrbios não-psicóticos (Goldberg & Huxley, 1992), ou seja, sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, com elevada prevalência na população geral (Coutinho, 1995).

A entrada para a Universidade coloca em grande destaque os problemas dos alunos, contribuindo para o desenvolvimento de fortes laços com os níveis mais elevados de ansiedade e de *stress*. São vários os problemas que os estudantes apresentam, nesta fase da sua vida. Em primeiro lugar são os problemas pessoais como as saudades de casa, a solidão, a timidez, as limitações nas competências sociais e nas tomadas de decisão, a sexualidade e as perturbações emocionais. Em segundo lugar são os problemas académicos, incluindo as dificuldades de relacionamento com professores e colegas, as competências de estudo, o desempenho escolar, insucesso nos exames, ansiedade e *stress* em situação de avaliação, etc. Em terceiro lugar, nos casos dos alunos que vão estudar para outras zonas geográficas, são os problemas financeiros e de gestão da casa com maior destaque na acomodação e hábitos alimentares e os problemas relacionados com a segurança (Pereira, 1997). Neste sentido, as pesquisas recentes indicam que os estudantes universitários experimentam um aumento dos níveis de ansiedade (Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). Por exemplo, Rimmer, Halikas e Schuckit (1982), num estudo com estudantes universitários, detetaram uma prevalência de 14% a 19% de problemas surgidos em algum momento da vida académica, em que um quarto dos alunos diagnosticados com algum tipo de doença psiquiátrica procurou atendimento. Niemi (1988), na Finlândia, também num estudo com estudantes universitários, concluiu que a ansiedade e os medos constituíram 35% dos sintomas.

1.3.3. Diferenças entre sexos

Apesar de alguns autores referirem que não existem diferenças entre sexos, ao nível da ansiedade, nem em crianças, nem em adolescentes (Watts & Weems, 2006), a preponderância da ansiedade nas mulheres tem sido referida de forma consistente, tanto em crianças, adolescentes, estudantes, idosos, pacientes com perturbações de ansiedade ou em questionários passados na população geral (Alansari, 2006; Barua & Kar, 2010;

Grammatikopoulos & Koutentaris, 2010; Schoevers, Beekman, & Deeg, 2003), o mesmo sucedendo com as fobias específicas (Kirmiziloglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009).

Estas diferenças entre sexos verificam-se de forma generalizada em diferentes culturas, o que leva a pensar na existência de uma base biológica (Altemus, 2006). Esta preponderância pode ser justificada pelo menos de duas maneiras. Uma é que existem diferenças genéticas e biológicas entre os dois sexos, e outra é que os papéis estereotipados de género para as mulheres, implicando poucos recursos e uma história de dependência, levam-nas a uma preocupação e evitação de um conjunto amplo de situações. Assim, há alguns autores que defendem que em países onde o *status* social e económico é similar entre sexos, as diferenças ao nível da ansiedade são menores (Alansari, 2006; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998).

A nível biológico, comparadas com os homens, as mulheres estão sujeitas a maiores fluxos de hormonas reprodutivas durante a sua vida. As alterações das hormonas reprodutivas no útero, durante a puberdade, o ciclo menstrual, gravidez, e menopausa alteram claramente a estrutura e funcionamento do cérebro e é provável que tenham um papel importante na superioridade de patologias afetivas, nas mulheres (Altemus, 2006).

1.3.4. Ansiedade e satisfação com a vida

Existem vários estudos que referem a relação entre a ansiedade e a satisfação com a vida em diversos tipos de amostras, como por exemplo em adultos em luto (Boelen & Prigerson, 2007), com doenças gastrointestinais (Cho et al., 2011), em vítimas graves de acidentes de viação (Gudmundsdottir, Beck, Coffey, Miller, & Palyo, 2004) e em pais cuidadores de crianças com doenças físicas (Besier et al., 2011).

No contexto da saúde mental foi encontrada uma relação negativa entre a existência de sintomatologia ansiosa e a satisfação com a vida (Ay-Woan et al., 2006; Swan et al., 2009; Zhang & Liu, 2007).

Também na população geral, Miller (2009) e Wetherell e colaboradores (2005) referem que existe uma associação negativa entre a ansiedade e a satisfação com a vida, assim como alguns transtornos psicológicos, como sintomas depressivos ou perturbações de ansiedade afetam negativamente a satisfação de vida (Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007). Um outro estudo investigou se e como a satisfação com a vida é afetada pela ansiedade e pela perturbação depressiva major em comorbilidade. Os resultados

indicaram que os pacientes com perturbações de ansiedade relataram satisfação com a vida mais baixa do que os participantes não-clínicos. A comorbidade da perturbação de ansiedade em pacientes com perturbação depressiva major não parece ter efeito relevante no nível de satisfação com a vida, mas os pacientes com perturbação depressiva major com comorbidade com uma perturbação de ansiedade relataram menos satisfação de vida, do que indivíduos com apenas perturbação de ansiedade ou aqueles sem um diagnóstico psiquiátrico (Norberg, Diefenbach, & Tolin, 2008).

1.3.5. Ansiedade e *coping*

Diferentes indivíduos usam diferentes estratégias de coping para lidar com os seus problemas. Em pacientes com ansiedade, estas estratégias têm implicações importantes. Kasi e colegas (2012) realizaram um estudo cujo objetivo principal foi analisar quais as estratégias mais usadas por pacientes com sintomas de ansiedade e depressão. Nos participantes com ansiedade e/ou depressão a "religião" foi a estratégia mais comumente identificada. A aceitação, o uso de apoio instrumental e o Coping ativo foram outras estratégias de coping frequentemente usadas.

Com o objetivo, primário ou secundário, de estudar a relação entre ansiedade e coping foram realizados diversos estudos. Taha, Matheson, Cronin e Anisman (2013) referiram não haver relação entre as estratégias de coping focadas no problema e a ansiedade, mas sim entre as estratégias focadas na emoção e a ansiedade, sendo esta relação positiva. Gorgen, Hiller e Witthoft (2013) também concordam com a existência de uma relação positiva entre as estratégias focadas na emoção e a ansiedade. Relativamente à estratégia de evitamento, numa amostra de cuidadores de doentes com Alzheimer, Garcia-Alberca e colaboradores (2012) e numa amostra de adultos afro-americanos, Utsey e colaboradores (2000) concluíram que existe uma relação positiva entre o evitamento e a ansiedade, estando assim também de acordo com os autores referidos anteriormente.

Mahmoud, Staten, Hall e Lennie (2012) estudaram a importância relativa do estilo de coping, entre outras variáveis como a satisfação com a vida e variáveis sociodemográficas, na previsão da depressão, ansiedade e *stress*, numa amostra composta por 508 estudantes universitários. As estratégias de coping desadaptativas foram o principal preditor de depressão, ansiedade e *stress*, enquanto as estratégias de coping adaptativas não foram um preditor significativo de qualquer uma das três variáveis em estudo, concluindo que a

redução das estratégias desadaptativas pode ter um impacto positivo na redução da depressão, ansiedade e *stress* nesta população. Simpson, Suarez e Connolly (2012) chegaram exatamente à mesma conclusão, de que existe uma relação positiva entre as estratégias desadaptativas e a ansiedade.

Capítulo 1.4. Auto-estima

1.4.1. Conceito

Não é simples definir auto-estima, uma vez que existe uma interconexão com outros conceitos. No passado, o estudo da auto-estima foi dominado por uma perspetiva unidimensional, representada por um conceito geral, sendo definida como auto-conceito ou auto-estima. Mais tarde, verificou-se que os componentes específicos da auto-estima eram bastante diferentes e havia um ganho em se analisarem em separado (Marsh, Parada, & Ayotte, 2004).

Rosenberg (1965) define auto-estima como uma avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo, que é expressa no sentido positivo ou negativo, dependendo se o indivíduo aprova ou não o resultado. Uma auto-estima elevada implica que o indivíduo sente que tem valor e inclui a dimensão dos sentimentos positivos que a pessoa tem sobre si mesma. Assim, a baixa auto-estima surge de uma desvalorização da pessoa perante si mesma, através de uma auto-avaliação negativa. A auto-estima de um indivíduo é uma visão de si, incluindo a noção do seu valor e a auto-aceitação (Guzman, Cucueco, Cuenco, Cunanan, Dabandan & Dacanay, 2009).

A auto-estima pode ser encarada de modo ambivalente tanto como um factor pessoal protector, ou como um factor de risco da saúde física e mental (Mann et al, 2004; Chávez, & Andrade, 2005).

Vaz Serra (1995) refere que a auto-estima é o resultado da relação entre os objetivos que um sujeito se propõe alcançar e o êxito obtido na concretização desses mesmos objetivos. Uma boa relação entre estes dois aspetos leva a que o sujeito se percepcione como competente, mantendo uma boa auto-estima.

Segundo Mann e colaboradores (2004) uma auto-estima elevada é uma característica básica da saúde mental e um fator pessoal protetor pois contribui para uma melhor saúde e comportamento social positivo, desempenhando um papel defensor contra o impacto das influências negativas, promovendo ativamente um funcionamento saudável que se repercute em diversos aspetos da vida tais como satisfação, sucesso e mesmo capacidade para lidar com doenças físicas. Por sua vez, uma baixa auto-estima pode desempenhar um papel crítico no desenvolvimento de uma vasta variedade de perturbações mentais e problemas sociais, tais

como a depressão, distúrbios alimentares, ansiedade e abuso de substâncias. (Silverstone & Salsali, 2003).

1.4.2. Auto-estima nos estudantes

As inúmeras mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem durante a adolescência e início da idade adulta têm implicações para o sentido de evolução dos indivíduos em termos de identidade (Caldwell, Kohn-Wood, Schmeelk-Cone, Chavous, & Zimmerman, 2004).

No ensino superior, além do conhecimento, trabalha-se com aspectos da subjetividade e da afetividade humana, como os temas da auto-imagem, auto-estima e auto-realização. A dinâmica que acontece no cruzamento destes três componentes, dentro de determinados contextos de tempo e espaço, faz com que o processo de ensino e o processo de aprendizagem, que ocorrem na universidade, sejam particularmente relevantes (Mosquera & Stobaus, 2006).

Segundo Schunk (1990), os alunos que se sentem seguros das suas capacidades de aprendizagem e têm um sentimento geral de competência, mostram comportamentos de interesse e motivação para as tarefas escolares. Este comportamento possibilita ter um desempenho académico positivo, o que contribui para confirmar o seu sentimento pessoal de competência académica e manter valores elevados de auto-estima. Por outro lado, um aluno com maus resultados escolares poderá passar pelo processo inverso, a não ser que possa mobilizar formas de desvalorização desta informação negativa associada ao resultado escolar, para manter a auto-estima em valores aceitáveis.

1.4.3. Diferenças entre sexos

As diferenças de género existentes na auto-estima global e específica e a incidência de algumas perturbações psiquiátricas relacionadas com a auto-estima, sugerem que há diferenças de género na base neural subjacente à própria auto-estima (Miyamoto & Kikuchi, 2012).

Existem diversos estudos que argumentam que os homens têm maior auto-estima que as mulheres (Hendricks *et al.*, 2001; Puskar *et al.*, 2010; Saigal, Lambert, Russ & Houlst,

2002; Santos & Maia, 2003), embora existam estudos que afirmam que não há diferença entre os sexos (Johnson & McCoy, 2000).

Numa tentativa de justificar estas diferenças Miyamoto e Kikuchi (2012), fizeram um estudo para tentar perceber as diferenças neuronais entre sexos. Os resultados deste estudo mostraram que enquanto o córtex pré-frontal ventromedial (vmPFC) é significativamente ativado nas mulheres, o córtex pré-frontal medial e dorsomedial PFC (dmPFC) são ativados nos homens em situações de auto-estima negativa, em comparação com a auto-estima positiva. Além disso, pontuações no teste de auto-estima explícita são negativamente correlacionadas com a atividade vmPFC nas mulheres e positivamente correlacionadas com a atividade de dmPFC no sexo masculino. Os resultados deste estudo mostraram ainda que, em comparação com os homens, as mulheres armazenam mais firmemente até mesmo as situações de auto-estima mais negativa como parte de seu auto-conhecimento esquemático, e as associações a essas situações ativam automaticamente as redes neurais para as respostas emocionais posteriores, o que pode explicar características cognitivas/comportamentais femininas, ou seja, as mulheres têm mais tendência a ruminar mais frequentemente do que os homens, o que às vezes resulta num efeito negativo prolongado.

1.4.4. Auto-estima e satisfação com a vida

Alguns estudos afirmam que a auto-estima está significativamente relacionada com o bem-estar mental sendo um factor importante na saúde e na satisfação com a vida (Poikolainen, et al, 2001; Mann, Hosman, Schaalma & Vries, 2004; Silverstone, & Salsali, 2003).

Diener, Diener e Marissa (1995) realizaram um estudo com 13.118 estudantes de 31 países para avaliar a relação entre a auto-estima, a satisfação com a vida geral e a satisfação com a vida em determinados domínios (amigos, família e domínio financeiro), tendo obtido como resultados a confirmação de que existe associação entre auto-estima e satisfação com a vida geral.

Mais recentemente, Utsey e colaboradores (2000) referem, num estudo com adultos afro-americanos que existe uma relação positiva entre a auto-estima e a satisfação com a vida. Bachman, O'Malley, Freedman-Doan, Trzesniewski e Donnellan (2011) e Derdikman-Eiron e colegas (2011) chegaram à mesma conclusão com uma amostra de adolescentes.

Em estudantes universitários, Deniz (2006), num estudo cujo objetivo era determinar as relações entre estratégias de coping para lidar com o *stress*, a satisfação com a vida, estilos de tomada de decisão e auto-estima obteve como resultados que a satisfação com a vida se correlaciona positivamente com a auto-estima.

1.4.5. Auto-estima e *coping*

Lazarus e Folkman (1984) não associam *coping* ao inconsciente, mas defendem que o *coping*, é frequentemente uma reavaliação cognitiva, uma vez que o indivíduo realiza uma diversidade de manobras cognitivas com o fim de modificar o significado da situação, não importando se o faz de forma realista ou com distorção da realidade. Este tipo de *coping* não modifica a situação propriamente dita, mas permite ao indivíduo negociar com as emoções, e desta forma, manter uma auto-estima positiva. Algumas destas estratégias seriam o evitamento, distanciamento ou minimização do problema, atenção seletiva ao problema, fazer comparações positivas e atribuir valores positivos aos eventos negativos.

O treino de estratégias de *coping* cria novas alternativas emocionais, cognitivas e comportamentais, possibilitando lidar, de modo mais adequado e flexível, com as pressões dos vários contextos, prevenindo, consequentemente, as ameaças à auto-estima (Faria, 2002).

Nas tarefas desenvolvidas em contextos de realização, dar primazia ao processo, em vez de apenas ao resultado, aumenta a satisfação consigo próprio e com o seu desempenho, possibilitando a valorização do esforço e da persistência, e dando relevo ao papel do erro como informação útil para o desenvolvimento da competência, e não como ameaça à auto-estima (Faria, 2003).

A promoção deste tipo de análise, fazendo recurso a explicações multideterminadas para os sucessos e para os fracassos, pode promover os sentimentos de auto-controlo e de auto-eficácia, possibilitando ao indivíduo perceber que tem poder no processo de construção da aprendizagem, uma vez que quanto maior for o envolvimento dos sujeitos nos processos de aprendizagem que se dão em qualquer contexto, maior será a probabilidade de obterem um reforço positivo da sua realização, maior será a sua capacidade de auto-análise e de análise do processo de aprendizagem e maior será o seu sentimento de competência pessoal e de autonomia (Faria, 2003).

1.4.6. Auto-estima e ansiedade

Numa meta-análise de estudos longitudinais disponíveis (77 estudos sobre depressão e 18 estudos sobre ansiedade), Sowislo e Orth (2013) concluíram que os efeitos entre baixa auto-estima e ansiedade, ou seja da auto-estima na ansiedade e da ansiedade na auto-estima, são relativamente equilibrados, havendo uma relação negativa entre os dois constructos.

Num estudo que pretendia analisar em jovens a relação da auto-estima com a ansiedade, os resultados mostraram que a auto-estima aumenta durante a adolescência e continua a aumentar nos jovens adultos e que os jovens com perturbações de ansiedade tinham auto-estima mais baixa, em média, em comparação com jovens saudáveis. Este estudo permitiu ainda verificar que todas as perturbações de ansiedade, exceto a perturbação de ansiedade de separação, foram relacionadas com baixa auto-estima, tendo a fobia social o maior impacto (Maldonado et al., 2013).

Fruto deste maior impacto da ansiedade social na auto-estima, na maioria das investigações realizadas para estudar a relação entre auto-estima e ansiedade é utilizada a ansiedade social, em vez da ansiedade como um único constructo (Glashouwer, Vroling, de Jong, Lange, & de Keijser, 2013; Hulme, Hirsch, & Stopa, 2012; (Lysaker et al., 2011; Obeid, Buchholz, Boerner, Henderson, & Norris, 2013; Schreiber, Bohn, Aderka, Stangier, & Steil, 2012).

Capítulo 1.5. Álcool

1.5.1. Conceito

O consumo excessivo de álcool consiste num fenómeno social que constitui um grave problema para a saúde pública com consequências a nível social, familiar e pessoal (Lorente, et al, 2003; Chávez & Andrade, 2005).

Existe dependência física e emocional do álcool quando a pessoa bebe porque precisa de disfarçar as suas emoções negativas. Adicionalmente, como as emoções positivas aumentam quando a pessoa bebe mais, existe uma tendência para beber em excesso (Tragesser, Sher, Trull & Park, 2007).

O uso excessivo de álcool é uma das perturbações crónicas mais comuns e o seu consumo excessivo é geralmente considerado uma das causas mais frequentes de danos e mortalidade em adolescentes e jovens adultos (Lorente, Watel, Griffet, & Grélot, 2003; Schneider, Olbrisch, Wedegartner, Cimander & Wetterling, 2004), apresentando uma associação ao suicídio por promover desinibição (Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho, & Falk, 2004; Norstrom, 1995).

Diversos autores tentam compreender quais os principais factores de risco a nível da saúde mental, que sejam preditores do consumo de álcool (Poikolainen, et al, 2001; Scheier, Botvin, & Baker, 1997).

Neste sentido, Scheier e colaboradores (1997) efectuaram um estudo longitudinal com a duração de dois anos e concluíram que nos EUA o aumento do consumo de álcool está associado à combinação de factores de risco mental, nomeadamente com a depressão, locus de controlo e uma baixa auto-estima.

Poikolainen e colaboradores (2001), numa amostra de jovens adultos, relacionaram o consumo de álcool com auto-estima, ansiedade traço, suporte social e uso de mecanismos psicológicos defensivos, tendo concluído que estes factores não prevêm o consumo de álcool. Todavia, não excluíram a possibilidade de que os factores de risco de saúde mental mencionados não tenham influência no início do consumo de álcool. Defendem, ainda, que o consumo abusivo de álcool está significativamente relacionado com o sexo masculino e com iniciação precoce de consumo de álcool e de tabaco como modo de alívio da ansiedade e do *stress*.

O consumo de álcool pode ser atribuído a fatores cognitivos associados às expectativas das consequências do consumo, como por exemplo benefícios positivos relacionados com as relações sociais e/or românticas, com o estado emocional, redução do *stress*, estando associado, igualmente, a factores ambientais, como a pressão do grupo de pares que levam a que os efeitos negativos inerentes ao consumo sejam, pelo menos a curto prazo, desvalorizados (Kieffer, Cronin, & Gawet, 2006).

As principais motivações para consumir bebidas alcoólicas advêm de motivos sociais, motivos de auto-promoção e de *coping* (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005).

Os motivos sociais têm como objetivo facilitar as relações sociais ou colmatar as necessidades sociais do sujeito. Estes motivos estão positivamente relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, não predizendo, por vezes, um consumo de elevado risco (Ham & Hope, 2003; Woldt & Bradley, 1996).

Os motivos de auto-promoção procuram obter estados emocionais positivos e estão relacionados diretamente com o uso abusivo de álcool (Comeau, Stewart & Loba, 2001).

Os motivos de *coping* destinam-se a evitar ou diminuir os afetos negativos, tais como reduzir a tensão ou o *stress* (Comeau, et al., 2001). Estes motivos são fortes preditores do consumo abusivo de álcool (Holahan, Holahan, Moos, Cronkite, & Randall, 2003; Woldt & Bradley, 1996).

1.5.2. Consumo nos estudantes

Embora nem todos os consumidores excessivos de álcool durante a adolescência se tornem alcoólicos, o alcoolismo é frequentemente precedido por um consumo abusivo durante a adolescência ou início da idade adulta. Quanto maior a quantidade e a frequência de álcool consumido maior é a probabilidade da pessoa ter problemas relacionados com o álcool no futuro (Lorente et al., 2003; Hesse, 2005).

Jernigan (2001) refere que o consumo de bebidas alcoólicas em jovens tem aumentado e tem, inclusivamente, contribuído para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais. Diversos autores (Newbury-Birch, White & Kamali, 2000; West, Drummond & Eames, 1990), têm defendido que entre outras causas, o prazer, a facilitação do convívio e o seu sabor agradável, são as causas mais comuns dos consumos elevados de álcool por parte dos estudantes universitários.

Existe cada vez mais preocupação, por parte dos investigadores que estudam o bem-estar dos estudantes, o facto de estes beberem em demasia e do consumo de álcool ser mais elevado entre os 18 e 20 anos, idade mais comum de ingresso na universidade (Webb, Ashton, Kelly & Kamali, 1997).

O *binge* (beber em excesso) parece estar associado ao facto de os jovens precisarem de interagir socialmente, obter prazer e melhorar a sua auto-estima (Peuker, Fogaça & Bizarro, 2006).

São diversas as consequências negativas do consumo excessivo de álcool nos estudantes universitários, nomeadamente, não conseguir chegar a horas às aulas, perda de memória e dificuldades de concentração (Faulkner, Hendry, Roderique, & Thomson, 2006), colocar-se em situações de risco (Townhend & Duka, 2002), depressão e desenvolvimento de outras perturbações relacionadas com o consumo de álcool (Bjork, Dougherty & Moeller, 1999).

1.5.3. Diferenças entre sexos

No que concerne às diferenças entre sexos existem estudos como os de Nystrom, Perassalo e Salaspuro (1993) e de O'Malley e Johnston (2002) que referem que os estudantes do sexo masculino consomem álcool mais frequentemente e ficam embriagados mais frequentemente que os estudantes do sexo feminino. Contudo existem outros estudos, como o de Chapman, Yu e White (2001), que defendem que não existe diferença entre os géneros.

Apesar de, socialmente, existir menor pressão para a iniciação do consumo de álcool no sexo feminino, as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool, pois o seu peso é inferior, têm menor percentagem de água corporal e maior percentagem de massa gorda, levando a uma menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool. Como consequência, a intoxicação decorre com metade do uso da quantidade de álcool consumido pelo homem, sendo também o risco de complicações clínicas, como a cirrose e doenças hepáticas, mais elevado (Schneider et al., 2004; Blow & Barry, 2002).

1.5.4. Álcool e satisfação com a vida

Sun e Shek (2010) examinaram as relações entre a satisfação com a vida, o desenvolvimento positivo de jovens e comportamentos problemáticos numa amostra de 7.975 estudantes do ensino secundário de etnia chinesa. A satisfação com a vida correlacionou-se negativamente com as medidas de abuso de substâncias, delinquência e a intenção de se envolver em comportamentos problemáticos.

Grant, Wardle e Steptoe (2009) pretenderam avaliar a relação entre satisfação com a vida e comportamentos relacionados com a saúde (tabagismo, atividade física, consumo de álcool, proteção solar, ingestão de frutas e consumo de gordura e fibras ingestão), em jovens adultos, usando uma amostra 17.246 estudantes com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos, de 21 países (Europa, EUA e Ásia-Pacífico). Os resultados mostraram que a satisfação com a vida se encontrava positivamente associada com o não tabagismo, o exercício físico, o uso da proteção solar, comer frutas e com o limitar da ingestão de gordura, mas não se relacionou com o consumo de álcool ou com a ingestão de fibras, após o ajuste em termos de idade e sexo. Os resultados foram consistentes em todas as regiões relativamente a fumar e ao exercício físico, mas existiram diferenças para a proteção solar, a ingestão de frutas e evitar gordura. As relações entre a satisfação com a vida e comportamentos de saúde mostraram ser independentes das crenças nos benefícios de comportamentos saudáveis.

Swain, Gibb, Horwood, & Fergusson, 2012 realizaram um estudo longitudinal de 30 anos de uma coorte de nascimento de 987 pessoas e encontraram uma associação entre os sintomas de abuso/dependência de álcool, os sintomas de abuso/dependência de cannabis e a satisfação com a vida, contudo advertem que as associações entre abuso/dependência do álcool e satisfação de vida podem ser explicadas por fatores temporais, como emprego e outros eventos de vida comórbidos associados à satisfação com a vida.

1.5.5. Álcool e *coping*

O consumo de álcool, tal como referido atrás, pode ser, ele próprio, uma estratégia de coping. Corbin, Farmer e Nolen-Hoekesma (2013) referem que o consumo de álcool pode ser uma forma de evitamento da realidade causadora de *stress*.

Coriale e colegas (2012) referem, igualmente, num estudo com consumidores abusivos de álcool que a estratégia de *coping* evitamento está fortemente relacionada com este consumo.

Contudo, as dimensões da religiosidade têm sido consistentemente associados a menos problemas relacionados ao álcool e menos consumo entre estudantes universitários (Galen & Rogers, 2004; Dulin, Hill, & Ellingson, 2006; Harrell & Powell, 2013). Entre estudantes universitários, a religiosidade é positivamente associada com um aumento de saúde e negativamente correlacionada com comportamentos de risco (Oleckno e Blacconiere, 1991).

A estratégia de *coping* religião pode fornecer uma resposta mais adaptável para os eventos *stressantes* da vida. Como resultado, os indivíduos podem ser menos propensos a usar álcool para lidar com as exigências situacionais e com a angústia que as acompanha (George, Ellison, & Larson, 2002). A religião também pode contribuir para reduzir o consumo de álcool entre os alunos universitários porque fornece aos alunos um sentimento de pertença e de apoio social (Galen & Rogers, 2004; George et al. 2002; Laubmeier, Zakowski, & Blair, 2004).

Há também alguma evidência que o suporte social pode ajudar a evitar comportamentos problemáticos, tais como uso de álcool ao enfrentar uma situação *stressante* (Brown, Salsman, Brechting, & Carlson, 2007).

1.5.6. Álcool, ansiedade e auto-estima

A ansiedade é considerada como sinal e sintoma de risco de problemas relacionados com o álcool (Blow & Barry, 2002).

Num estudo realizado para examinar a presença de perturbações de humor na intoxicação não intencional por álcool e drogas, os autores concluíram que para ambos os sexos, a proporção com perturbações de ansiedade foi significativamente maior entre pacientes internados com intoxicação por álcool e drogas, do que entre todos os pacientes internados, sendo este o factor de risco principal para o consumo (Yoon, Chen, & Yi, 2013).

As pessoas com baixos consumos de álcool, em comparação com os que consomem elevada quantidade de álcool e com os que não bebem, têm níveis mais elevados de afeto positivo e, conseqüentemente, níveis mais baixos de depressão e ansiedade (Caldwell et al., 2002).

Crum e colaboradores (2013) realizaram um estudo com o objetivo de testar se a automedicação de ansiedade com o álcool está associada com a ocorrência subsequente e a persistência da dependência do álcool, utilizando uma amostra de 43.093 adultos, nos EUA, entrevistados em 2001-2002 e 34.653 re-entrevistados em 2004-2005. Os resultados mostraram que a automedicação com álcool é, possivelmente, a hipótese para explicar a comorbidade entre a ansiedade e a dependência do álcool. Os autores concluíram que os indivíduos que referiram beber para se auto-mediciar para a ansiedade são mais susceptíveis de desenvolver dependência do álcool e que a dependência é mais susceptível de persistir.

Vários autores afirmaram que baixos níveis de auto-estima estão relacionados com a iniciação no consumo de álcool, drogas e tabaco em pré-adolescentes (Albernathy, Massad & Dwyer, 1995; Carvajal, Clair, Nash, & Evans, 1998).

A nível do tratamento do alcoolismo a auto-estima desempenha um importante papel em ambos os sexos, sendo contudo este papel mais significativo no sexo feminino (Schneider, et al, 2004).

A auto-estima global relaciona-se negativamente com problemas relacionados com o álcool, uma relação que é mediada pelo *stress* e estratégias de *coping* adaptativas. Estes resultados demonstram o importante papel que o *coping* tem na mediação das associações da auto-estima com os problemas relacionados ao álcool (Tomaka, Morales-Monks, & Shamaley, 2012).

Parte II – TRABALHO DE CAMPO

2.1. Objectivos e Hipóteses

Com base na literatura, foi objetivo geral do presente estudo proceder à análise das relações entre satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima em não consumidores e consumidores habituais de álcool, bem como verificar a existência de diferenças entre estes dois grupos.

Como objectivos específicos salientamos:

- a) Descrever os efeitos e as consequências mais frequentes do consumo de álcool;
- b) Estudar as diferenças entre géneros ao nível do consumo de álcool, da satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima;
- c) Estudar a associação entre tipo de bebida consumida e o nível da satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima;
- d) Verificar se existe associação entre satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima;
- e) Estudar a influência da satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima no consumo de álcool.

Desta forma, foram colocadas as seguintes hipóteses.

H1: os homens apresentam maiores consumos de álcool comparativamente com as mulheres;

H2: os homens apresentam valores superiores de Satisfação com a vida e Auto-estima comparativamente com as mulheres;

H3: as mulheres apresentam valores superiores de Ansiedade comparativamente com os homens;

H4: existe uma relação negativa entre a estratégia de *coping* Evitamento e a Satisfação com a vida;

H5: existe uma relação positiva entre as estratégias de *coping* focadas no problema e a Satisfação com a vida;

H6: existe uma relação negativa entre a Ansiedade e a Satisfação com a vida e Ansiedade e Auto-estima;

H7: existe uma relação positiva entre a Ansiedade e as Estratégias de *coping* focadas na emoção;

H8: existe uma relação negativa entre a Auto-estima e as Estratégias de *coping* focadas na emoção;

H9: existe uma relação negativa entre o consumo de álcool e a Satisfação com a vida e Auto-estima;

H10: existe uma relação positiva entre o consumo de álcool e a Ansiedade;

H11: existe uma relação positiva entre o consumo de álcool e a utilização da Estratégia de *coping* evitamento;

2.2. Material e Métodos

2.2.1. Participantes

Foi recolhida uma amostra, de conveniência, de 225 estudantes universitários, 88 do sexo masculino (39%) e 136 do sexo feminino (60%), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos ($M = 26.05$; $DP = 8.70$). A amostra foi recolhida em Estabelecimentos de Ensino Superior do Concelho de Lisboa.

Tabela 1. Caraterização da amostra por géneros

	Sexo masculino (N=88)		Sexo feminino (N=136)		χ^2
	N	%	N	%	
Residência					2.466
Meio urbano	70	80.5	112	82.4	
Meio rural	17	19.5	21	15.4	
Outra (...)			3	2.2	
Etnia					1.677
Caucasiana	80	92.0	119	88.1	
Negra	7	8.0	14	10.4	
Outra			2	1.5	
Estado civil					1.512
Solteiro	72	82.8	105	77.2	
Casado/ União de facto	11	12.6	23	16.9	
Divorciado/ Separado	4	4.6	7	5.1	
Viúvo			1	.7	
Habilitações académicas - frequência					6.052*
Licenciatura	83	94.3	117	86.7	
Mestrado	4	4.5	18	13.3	
Doutoramento	1	1.1			

Tabela 1. Caracterização da amostra por géneros (Cont.)

	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2
	(N=88)		(N=136)		
	N	%	N	%	
Profissão					11.852
Estudante	40	60.6	70	55.1	
Desempregado	8	12.1	8	6.3	
Reformado	1	1.5			
Profissão não especializada	9	13.6	21	16.5	
Profissão especializada	6	9.1	7	5.5	
Técnico superior	2	3.0	16	12.6	
Empresário/ Gerente/					
Administrador			4	3.1	
Doméstica			1	.8	
	Sexo masculino		Sexo feminino		
	(N=88)		(N=136)		t
	M	DP	M	DP	
Idade	25.67	8.00	26.34	9.17	-.559

* $p \leq .05$.

A maioria dos participantes residia no meio urbano (81.6%) e era de etnia caucasiana (89.6%). Na sua maioria, os participantes eram solteiros (79.4%), estudavam no grau de licenciatura (89.7%) e referiram como profissão serem apenas estudantes (57.0%).

Foram encontradas diferenças entre os sexos apenas para as habilitações académicas, com $\chi^2(2) = 6.052$; $p = .049$. Apesar de em ambos os sexos a maioria estar a estudar no grau de licenciatura, existiam mais mulheres do que homens a estudar após a licenciatura.

2.2.2. Instrumentos/Medidas

Questionário de Dados demográficos. Foi elaborado um questionário para recolher informações sobre: idade, sexo, zona de residência, etnia, estado civil e habilitações literárias.

Questionário de Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Para a análise da frequência do consumo de bebidas alcoólicas, foi construído um questionário

propositadamente para o presente estudo a partir escala da *Adolescent Alcohol Involvement Scale* (AAIS; Mayer & Filstead, 1979). O questionário é constituído por 5 itens e pretende avaliar a frequência do consumo, o tipo de bebidas consumidas, os efeitos mais importantes do consumo, as consequências do consumo e como o consumidor é visto socialmente.

Escala de Satisfação com a Vida. Avaliada pela *Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener, 1984). Esta escala apresenta 5 itens de resposta tipo Likert de 7 pontos, de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A medida permite um resultado total que varia de 5 a 35, no sentido de maior satisfação com a vida. A SWLS foi validada, pela primeira vez em Portugal, por Neto e colaboradores (1990), num estudo realizado numa amostra de 308 professores do ensino básico e secundário. Os autores encontraram uma consistência interna (através do α de *Cronbach*) de .78, tendo a análise factorial em componentes principais revelado a existência de um só factor, contribuindo para 53.1% da variância.

Inventário de Respostas de Coping. Avaliado através do *Coping Responses Inventory* (CRI; Moos, 1993). O CRI é uma medida de auto-avaliação que permite medir oito tipos de estratégias de *Coping* perante eventos de vida *stressantes*. O instrumento é composto por 48 itens, com uma escala de 4 pontos, tipo Likert (1. *Não, de maneira nenhuma*; 4. *Sim, bastantes vezes*) e permite 8 dimensões, com 6 itens cada: Análise lógica; Reavaliação positiva; Procura de acompanhamento e suporte; Resolução de problemas; Evitamento cognitivo; Aceitação ou resignação; Procura de recompensas alternativas; e Descarga emocional. A escala inclui mais 10 itens sobre o contexto do factor causador de *stress*. O instrumento apresenta uma consistência interna aceitável, medida através do α de *Cronbach* e separadamente para homens e mulheres, tendo assumido valores entre .60 a .74. As sub-escalas de *Coping* mostraram-se estáveis no tempo, apresentando uma correlação média com uma avaliação após 12 meses, de .45 para os homens e .43 para as mulheres (Moos, 1993).

Escala de Ansiedade. Avaliada pelo *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck & Steer, 1993), validada para a população portuguesa por Quintão (2010). Esta medida é constituída por 21 itens tipo *Likert* de 4 pontos (0. *Absolutamente não*; 3. *Gravemente: dificilmente pude suportar*). A BAI permite um resultado total que varia de 0 a 63, no sentido de maior nível de ansiedade (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988; Cunha, 2001). A BAI apresenta características psicométricas adequadas, tendo uma consistência interna elevada, com α de *Cronbach* com um valor de .92 e uma fidelidade teste-reteste, para um intervalo de uma semana, de .75.

No que concerne à versão portuguesa, a BAI apresenta boas características psicométricas, tendo as estas sido avaliadas através do Modelo de *Rasch*, modelo que permite uma avaliação conjunta de pessoas e itens. A BAI apresentou uma fidelidade dos itens de .99 (valor correspondente ao α de *Cronbach*) e uma fiabilidade das pessoas de .79, sendo ambos os valores considerados adequados (Quintão, 2010).

Escala de Auto-estima. Avaliada pela *Escala de Auto-estima de Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965), validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Esta escala, na versão portuguesa, é constituída por 10 itens, com um formato de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (1. *Concordo fortemente*; 4. *Discordo fortemente*), 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. A medida permite um resultado total que varia de 10 a 40, crescendo em função do nível de auto-estima. A RSES original apresenta boas propriedades psicométricas: a sua consistência interna é elevada, com um valor de α de *Cronbach* igual a .92. (Rosenberg, 1965).

Um estudo internacional sobre as características psicométricas da escala, levado a cabo em 53 países, revela que a escala apresenta uma consistência interna adequada em 50 desses países (α de *Cronbach* superior a .70), com excepção da República Democrática do Congo, Etiópia e Tanzânia, sendo o valor mais elevado de .90 (Schmitt & Allik, 2005).

A escala traduzida apresenta, de uma forma genérica, qualidades psicométricas comparáveis às relatadas originalmente por Rosenberg (1965) e a versões de outras línguas (Schmitt & Allik, 2005; Shapurian, Hojat & Nayerahmadi, 1987). Apresenta uma consistência interna aceitável, com um valor de α de *Cronbach* igual a .86 e boa estabilidade temporal, uma vez que, com um intervalo de duas semanas entre avaliações, o Coeficiente de Correlação de *Pearson* foi igual a .90 (Santos & Maia, 2003). De acordo com Quintão, Delgado e Prieto (2011), que avaliaram a medida para a população portuguesa através do Modelo de *Rasch*, a fiabilidade dos itens é elevada, com um valor .99 e o ajuste das pessoas ao modelo (percentagem da variância das pessoas não explicada pelo erro) é adequado, com um valor de .79, sendo este valor similar ao α de *Cronbach*.

2.2.3. Procedimento

Foi pedido, inicialmente, a quatro adultos, duas mulheres e dois homens, para preencherem o protocolo de modo a saber a duração média do preenchimento e se existem dúvidas sobre as questões. Após a experiência procedeu-se à aplicação do protocolo a 225 adultos.

A recolha da amostra foi efectuada em Estabelecimentos de Ensino Superior do Distrito de Lisboa. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 17 anos, ser estudante universitário e ser português ou ter um nível de português suficiente para perceber o questionário sem qualquer problema.

Antes do preenchimento foi dada toda a informação acerca do objetivo do estudo e do tipo de participação pretendida, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Foram igualmente informados de que estes dados seriam usados apenas para fins estatísticos, envolvendo valores de grupos e não resultados individuais, assim como de que podiam desistir de preencher o questionário a qualquer altura que desejassem. Após consentimento informado, os questionários foram passados de forma individual estando o investigador sempre presente para esclarecimento de questões pontuais.

O tempo médio de duração do preenchimento do protocolo foi de aproximadamente 15 minutos e os instrumentos foram apresentados pela seguinte ordem: dados sociodemográficos, dados sobre hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, satisfação com a vida, *coping*, ansiedade e auto-estima.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados em excel, sendo os procedimentos estatísticos efetuados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 para Windows.

Parte III - RESULTADOS

3.1. Dimensões relacionadas com o álcool

Com o objectivo de averiguar a associação entre sexos e as dimensões relacionadas com o álcool foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Os resultados são apresentados nas Tabelas 2 a 6.

Tabela 2. Associação entre sexo e a frequência com que costumam tomar bebidas alcoólicas

	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2
	(N=88)		(N=136)		
	N	%	N	%	
Frequência com que costuma tomar bebidas alcoólicas					15.632**
Nunca	6	6.8	27	19.9	
1 ou 2 vezes por ano	20	22.7	34	25.0	
1 ou 2 vezes por mês	42	47.7	52	38.2	
Todos os fins-de-semana	9	10.2	19	14.0	
Várias vezes por semana	10	11.4	4	2.9	
Todos os dias	1	1.1			

** $p \leq .01$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre sexo e frequência média de consumo de bebidas alcoólicas, com $\chi^2 (5) = 15.632$; $p = .008$. Os resultados mostram que o consumo é mais frequente no sexo masculino.

A Figura 1 mostra a distribuição dos participantes em termos da amostra total.

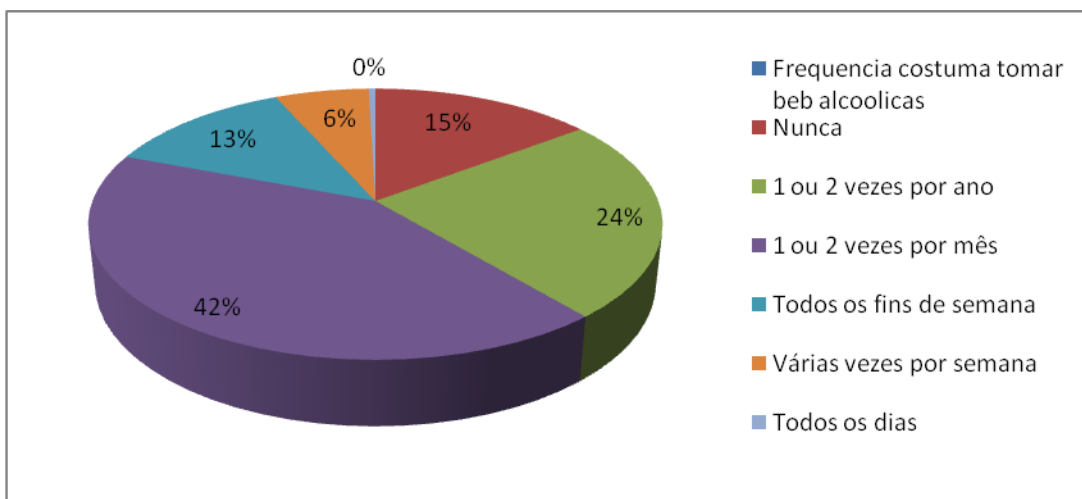


Figura 1. Frequência com que costuma tomar bebidas alcoólicas

A maior parte dos participantes referiu beber bebidas alcoólicas 1 ou 2 vezes por mês ou por ano (66%), sendo que apenas 6% dos participantes referiu beber várias vezes por semana.

Tabela 3. Associação entre sexo e a quantidade semanal em termos de consumo de bebidas alcoólicas

	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2
	(N=88)		(N=136)		
	N	%	N	%	
Vinho					4.120
1 copo ou menos	34	69.4	75	78.1	
2 copos	11	22.4	13	13.5	
3 a 5 copos	2	4.1	6	6.3	
6 ou mais copos	1	2.0	0	0.0	
Até ficar alegre	1	2.0	2	2.1	
Cerveja					14.161**
1 copo ou menos	22	34.9	63	62.4	
2 copos	23	36.5	21	20.8	
3 a 5 copos	10	15.9	9	8.9	
6 ou mais copos	3	4.8	6	5.9	
Até ficar alegre	5	7.9	2	2.0	

Tabela 3. Associação entre sexo e a quantidade semanal em termos de consumo de bebidas alcoólicas (Cont.)

	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2
	(N=88)		(N=136)		
	N	%	N	%	
Cocktails					3.453
1 copo ou menos	25	55.6	61	63.5	
2 copos	13	28.9	18	18.8	
3 a 5 copos	3	6.7	11	11.5	
6 ou mais copos	1	2.2	3	3.1	
Até ficar alegre	3	6.7	3	3.1	
Bagaço					4.983
1 copo ou menos	19	82.6	68	94.4	
2 copos	2	8.7	2	2.8	
3 a 5 copos	1	4.3	2	2.8	
Até ficar alegre	1	4.3	0	0.0	
Outra					12.182**
1 copo ou menos	16	57.1	65	86.7	
2 copos	9	32.1	7	9.3	
3 a 5 copos	2	7.1	3	4.0	
6 ou mais copos	1	3.6			

** $p \leq .01$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre sexo e a quantidade bebida por semana de cerveja com $\chi^2 (4) = 14.161$; $p = .007$ e entre sexo e outras bebidas com $\chi^2 (3) = 12.182$; $p = .007$. Os resultados mostram que a quantidade de cerveja e outras bebidas é inferior nas mulheres comparando com os homens.

A Figura 2 mostra a distribuição dos participantes relativamente à quantidade de bebidas consumidas semanalmente, para a amostra total.

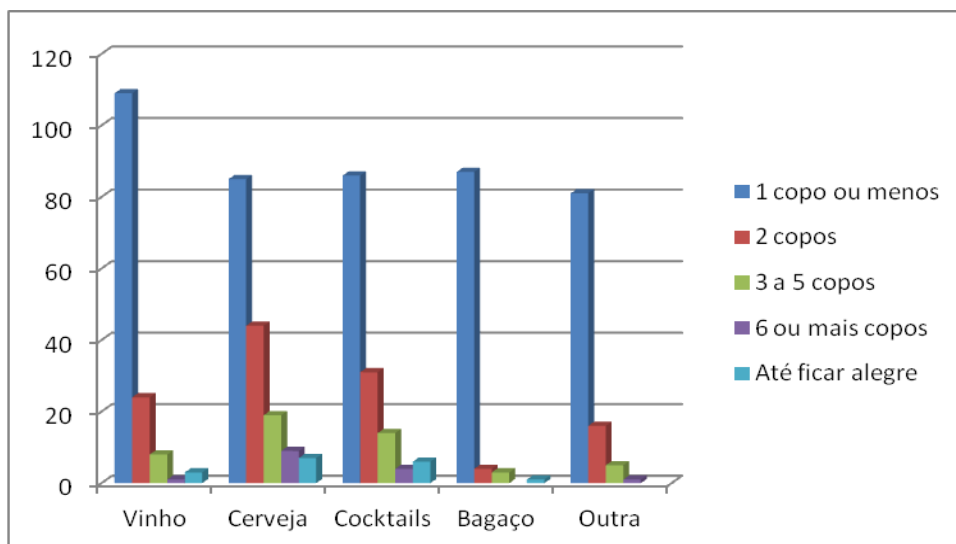


Figura 2. Quantidade de bebida semanal

A cerveja e os cocktails são as bebidas com maior consumo semanal, sendo o bagaço a bebida com menor consumo semanal.

Tabela 4. Associação entre sexo e o efeito mais importante da bebida

	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2
	(N=84)		(N=114)		
	N	%	N	%	
Efeito mais importante que a bebida provoca em si					8.901
Descontrair-me	44	52.4	78	68.4	
Ficar moderadamente alegre	25	29.8	29	25.4	
Ficar embriagado	11	13.1	6	5.3	
Desmaiar, perder os sentidos	1	1.2			
Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte	3	3.6	1	0.9	

$p > .05$.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre sexo e o efeito mais importante da bebida ($p > .05$).

A Figura 3 mostra a distribuição dos participantes relativamente ao efeito mais importante que a bebida provoca, para a amostra total.

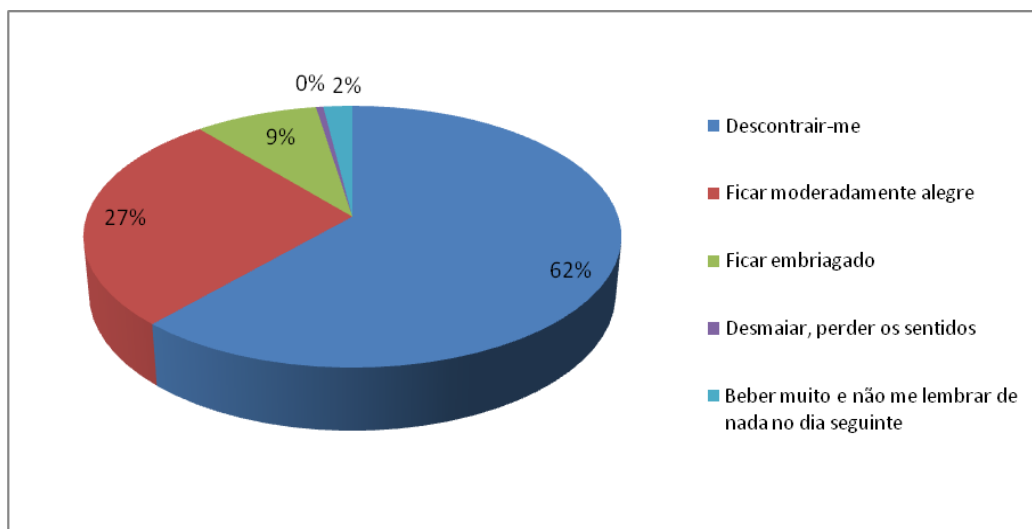


Figura 3. Efeito mais importante que a bebida provoca

A maioria dos participantes referiu a descontração como o efeito mais importante das bebidas alcoólicas.

Tabela 5. Associação entre sexo e a maior consequência da bebida

	Sexo masculino (N=86)		Sexo feminino (N=132)		χ^2
	N	%	N	%	
Maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida					14.321*
Nenhum	29	33.7	68	51.5	
Interferiu com o que dizia	28	32.6	41	31.1	
Não me deixou passar um bom bocado	18	20.9	16	12.1	
Interferiu com o meu trabalho	5	5.8	1	0.8	
Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas	1	1.2			
Provocou-me problemas em casa	3	3.5	4	3.0	
Envolvei-me em agressões físicas ou destruí algo	2	2.3	1	0.8	
Provocou-me um acidente, ferimentos ou problemas com a polícia			1	0.8	

* $p \leq .05$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre sexo e a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida com $\chi^2 (7) = 14.321$; $p = .046$. Os resultados mostram que as mulheres relataram, mais frequentemente do que os homens, consequências menos graves.

A Figura 4 mostra a distribuição dos participantes relativamente à maior consequência da bebida que sentiu em toda a vida, para a amostra total.

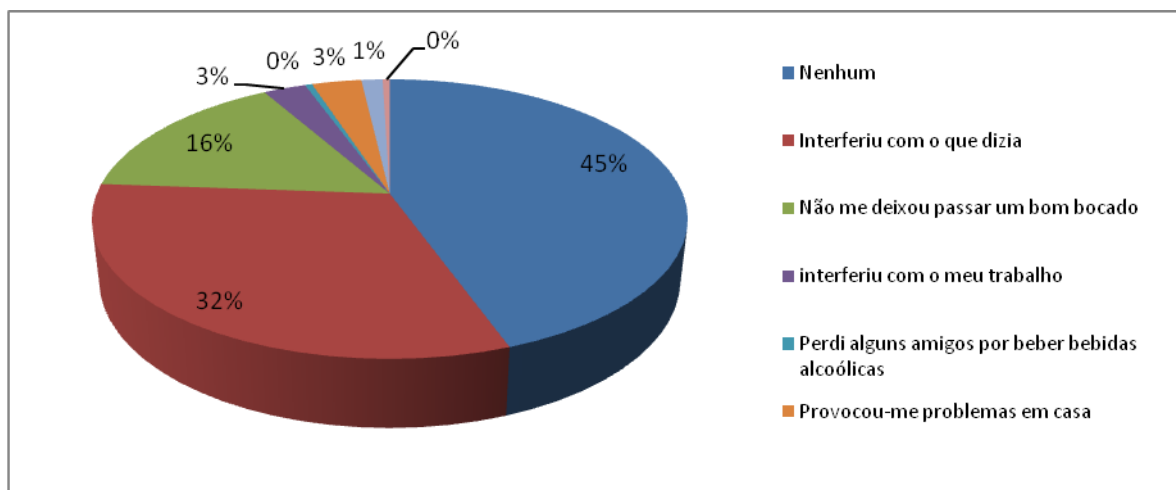


Figura 4. Maior consequência da bebida que sentiu em toda a vida

A maior parte dos participantes referiu não ter sentido qualquer consequência ou que a bebida interferiu com o que dizia (77%).

Tabela 6. Associação entre sexo e o que os outros pensam de si

	Sexo masculino (N=88)		Sexo feminino (N=136)		χ^2
	N	%	N	%	
O que os outros pensam sobre si					2.715
Não sei	27	34.2	39	32.2	
Acham que bebo socialmente	48	60.8	79	65.3	
Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou amigos			1	0.8	
A família e/ou amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool	4	5.1	2	1.7	

$p > .05$.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre sexo e o que os outros pensam sobre si ($p > .05$).

A Figura 5 mostra a distribuição dos participantes relativamente ao que os outros pensam sobre si, para a amostra total.

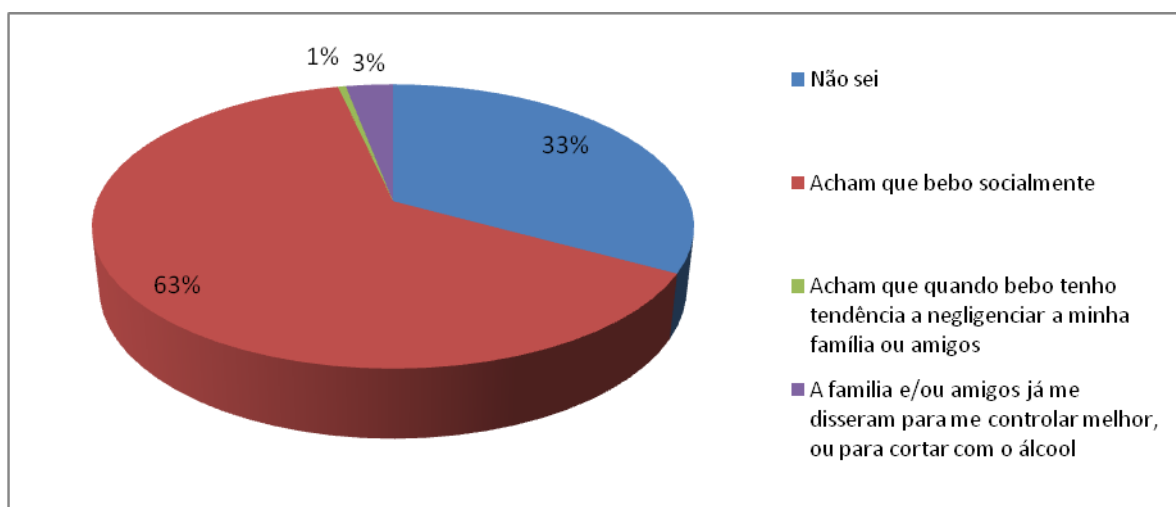


Figura 5. O que os outros pensam sobre si

A maior parte dos participantes indicou que os outros pensam que bebe socialmente (63%).

3.2. Características Psicométricas das Medidas

Com o objectivo de estudar a fidelidade das medidas para esta amostra específica procedeu-se ao estudo da sua consistência interna. A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos para o α de *Cronbach*, a Correlação média inter-item e a Amplitude da correlação item-total.

Tabela 7. Consistência interna das medidas

	α de Cronbach	Correlação média inter-item	Amplitude da correlação item-total
Satisfação com a vida	.90	.642	.658-.820
Estratégias de <i>coping</i>			
Análise lógica	.94	.715	.695-.883
Avaliação positiva	.94	.713	.748-.866
Procura de acompanhamento e suporte	.91	.627	.655-.890
Resolução de problemas	.96	.797	.829-.923
Evitamento cognitivo	.91	.653	.725-.822
Aceitação ou resignação	.89	.576	.589-.784
Procura de recompensas alternativas	.93	.704	.778-.861
Descarga emocional	.87	.536	.527-.741
Ansiedade	.90	.299	.298-.686
Auto-estima	.81	.317	.269-.686

Todas as dimensões apresentaram valores de consistência interna adequados, com valores α de *Cronbach* que variam entre .81 (Auto-estima) a .96 (Resolução de problemas).

3.3. Diferenças entre grupos

Com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre sexos foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Diferenças entre sexos para a Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima

	Sexo masculino (N=86)		Sexo feminino (N=132)		t
	M	DP	M	DP	
Satisfação com a vida	26.62	5.55	26.05	5.86	.726
Estratégias de <i>coping</i>					
Análise lógica	9.72	5.15	9.26	4.85	.638
Avaliação positiva	10.40	5.44	9.86	5.53	.669
Procura de acompanhamento e suporte	9.06	4.39	8.72	4.29	.541
Resolução de problemas	10.25	5.90	9.68	5.43	.701
Evitamento cognitivo	8.54	3.78	9.02	4.78	-.747
Aceitação ou resignação	8.47	3.74	8.50	4.05	-.054
Procura de recompensas alternativas	9.91	5.31	9.39	4.94	.706
Descarga emocional	8.68	3.84	8.58	3.86	.170
Ansiedade	3.38	5.05	5.86	7.31	-2.763*
Auto-estima	32.20	3.50	32.44	4.73	-.400

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos apenas para a ansiedade com $t(217) = -2.763$; $p = .006$. Os resultados mostram que as mulheres, em média, apresentam mais ansiedade do que os homens.

Para estudar as diferenças entre participantes com consumos mais ou menos frequentes foi utilizado o teste t de Student para duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Diferenças entre participantes com consumos mais ou menos frequentes para a Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima

	1 ou 2 vezes por mês ou menos (N=181)		Todos os fins-de- semana ou mais (N=43)		t
	M	DP	M	DP	
Satisfação com a vida	26.34	5.71	26.19	5.98	.154
Estratégias de <i>coping</i>					
Análise lógica	9.45	5.11	9.37	4.37	.091
Avaliação positiva	9.81	5.46	11.02	5.53	-1.265
Procura de acompanhamento e suporte	8.87	4.39	8.78	4.06	.119
Resolução de problemas	10.01	5.82	9.44	4.73	.651
Evitamento cognitivo	8.62	4.32	9.54	4.62	-1.191
Aceitação ou resignação	8.41	3.96	8.73	3.74	-.471
Procura de recompensas alternativas	9.59	5.25	9.56	4.46	.042
Descarga emocional	8.50	3.90	9.02	3.60	-.775
Ansiedade	5.27	6.74	3.33	5.81	1.742
Auto-estima	32.16	3.99	33.16	5.29	-1.162

$p > .05$.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com consumos mais ou menos frequentes ($p > .05$).

Para verificar se existem diferenças entre os tipos de bebidas mais consumidas a amostra foi distribuída tal como se apresenta na Figura 6.

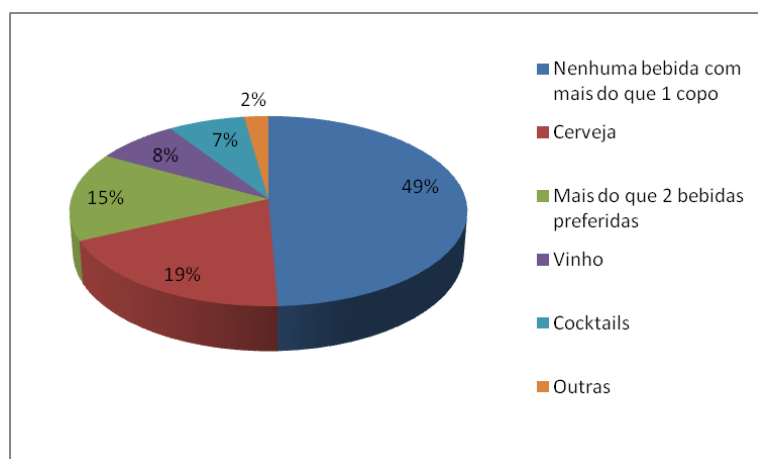


Figura 6. Distribuição da amostra em função das bebidas mais consumidas

Foi utilizada a análise de variância para verificar a existência de diferenças entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas. A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 10. Diferenças entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas para a Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima

	Vinho (N=181)		Cerveja (N=181)		Cocktails (N=181)		2 ou + bebidas preferidas (N=181)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Satisfação com a vida	27.94	4.36	27.29	3.19	25.69	5.46	25.24	7.90	1.340
Estratégias de <i>coping</i>									
Análise lógica	10.87	6.29	8.34	4.09	9.40	4.84	8.53	4.17	1.210
Avaliação	11.40	6.67	9.32	4.89	10.00	5.18	9.68	5.16	.568
positiva									
Procura de	10.53	5.57	7.95	3.65	8.93	4.59	8.07	3.26	1.681
acompanhamento e suporte									

Tabela 10. Diferenças entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas para a Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima (Cont.)

	Vinho (N=17)		Cerveja (N=42)		Cocktails (N=16)		2 ou + bebidas preferidas (N=34)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Resolução de problemas	11.67	6.81	8.13	3.86	10.07	5.01	8.94	5.31	1.955
Evitamento cognitivo	9.87	4.96	8.11	4.08	10.47	6.03	8.58	3.96	1.273
Aceitação ou resignação	9.80	4.51	7.61	3.63	9.73	4.88	8.26	3.50	1.727
Procura de recompensas alternativas	12.07	7.14	8.05	3.38	9.40	4.48	8.84	4.26	2.858*
Descarga emocional	9.00	4.04	7.89	3.22	9.67	4.25	8.16	3.44	1.063
Ansiedade	5.44	7.10	3.46	5.47	4.06	4.77	4.82	6.87	.531
Auto-estima	35.18	3.41	33.35	3.61	31.63	4.96	32.24	4.66	2.611

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas apenas para a Procura de recompensas alternativas com $F(3; 95) = 2.858$; $p = .041$. Foi realizada uma análise Post Hoc pelo método de Tukey para verificar entre que grupos estas diferenças se encontravam e os resultados obtidos foram apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11. Post Hoc

Variável dependente	Grupos	Dif	EP	p
Procura de recompensas alternativas	Vinho - Cerveja	4.014*	1.386	.024

Os resultados mostram que os participantes com maiores consumos de vinho apresentam um valor da dimensão Procura de recompensas alternativas mais elevado do que os participantes com preferência por cerveja.

3.4. Correlações

Para analisar as relações existentes entre as várias dimensões em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A Tabela 12 mostra os resultados.

Tabela 12. Correlação entre Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima

	Satisfação com a vida	Ansiedade	Auto-estima
Estratégias de <i>coping</i>			
Análise lógica	-.17*	.31***	-.09
Avaliação positiva	-.14*	.28***	-.01
Procura de acompanhamento e suporte	-.20**	.32***	-.08
Resolução de problemas	-.17*	.32***	-.11
Evitamento cognitivo	-.21**	.44***	-.22**
Aceitação ou resignação	-.20**	.39***	-.24***
Procura de recompensas alternativas	-.15*	.30***	-.08
Descarga emocional	-.22**	.46***	-.20**
Ansiedade	-.23***		-.20**
Auto-estima	.28***		

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A satisfação com a vida correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as estratégias de *coping* e com a ansiedade com valores de correlação que variam entre $r = -.14$; $p = .049$ (Avaliação positiva) e $r = -.23$; $p = .001$ (Ansiedade) e de forma positiva e estatisticamente significativa com a Auto-estima com um valor de correlação de $r = .28$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a satisfação com a vida maior é a auto-estima e menores são a ansiedade e a utilização de todas as estratégias de *coping*.

A ansiedade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as estratégias de *coping* com valores de correlação que variam entre $r = .28$; $p < .001$

(Avaliação positiva) e $r = .46$; $p < .001$ (Descarga emocional). Os resultados mostram que quanto maior é a ansiedade maior é a utilização de todas as estratégias de *coping*.

A auto-estima correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com as estratégias de *coping* Evitamento cognitivo, Aceitação ou resignação e Descarga emocional e com a ansiedade com valores de correlação que variam entre $r = -.20$; $p = .005$ (Descarga emocional) e $r = -.24$; $p = .001$ (Aceitação ou resignação) e de forma positiva e estatisticamente significativa com a Auto-estima com um valor de correlação de $r = .28$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a auto-estima menores são a ansiedade e a utilização das estratégias de *coping* Evitamento cognitivo, Aceitação ou resignação e Descarga emocional.

Como não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes (com consumos mais ou menos frequentes) realizou-se uma análise de correlação através do coeficiente de Spearman (uma variável ordinal e variáveis quantitativas). Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Correlação entre Frequência de consumo e Satisfação com a vida, Estratégias de *coping*, Ansiedade e Auto-estima

	Frequência de consumo de bebidas alcoólicas
Satisfação com a vida	-.11
Estratégias de <i>coping</i>	
Análise lógica	.18*
Avaliação positiva	.20**
Procura de acompanhamento e suporte	.19**
Resolução de problemas	.14*
Evitamento cognitivo	.20**
Aceitação ou resignação	.18*
Procura de recompensas alternativas	.19**
Descarga emocional	.19**
Ansiedade	-.11
Auto-estima	.09

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

A Frequência de consumo de bebidas alcoólicas correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as estratégias de *coping* com valores de correlação que variam entre $r = .14$; $p = .048$ (Resolução de problemas) e $r = .20$; $p = .004$ (Avaliação positiva). Os resultados mostram que quanto maior é a Frequência de consumo de bebidas alcoólicas maior é a utilização de todas as estratégias de *coping*.

3.5. Regressão

A fim de averiguar se o consumo de álcool é influenciado pelas dimensões, com as quais apresentou correlação significativa, foi efectuada uma regressão linear com a Frequência de consumo de bebidas alcoólicas como variável dependente. Como preditores foram usadas todas as dimensões em estudo.

Como apenas as dimensões consumo, o que os outros pensam de si, procura de acompanhamento e suporte, sexo e Preferência do tipo de bebida apresentavam um impacto significativo, foi avaliado um modelo constituído por estas variáveis independentes.

A Tabelas 14 mostra a variância explicada e a sua significância para o modelo de regressão apurado.

Tabela 14. Coeficientes de regressão para a previsão da Frequência de consumo de bebidas alcoólicas

	B	EP	Beta	t	p-value
Consumo (1 - 1 ou 2 vezes por mês ou menos; 2 - Todos os fins-de-semana ou mais)	1.476	.125	.600	11.782	.000
Outros pensam sobre si (1 - não sei; 2 - acham que bebo socialmente; 3 - acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou amigos; 4 - a família e/ou amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool; 5 - A família e/ou amigos já me aconselharam a procurar ajuda pela quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas; 6 - A família e/ou amigos já algumas vezes pediram ajuda por mim, devido à quantidade de álcool ingerido)	.414	.081	.254	5.118	.000
Procura de acompanhamento e suporte	.043	.011	.176	3.919	.000
Sexo (1 - Masculino; 2 - Feminino)	-.247	.092	-.120	-2.683	.008

Tabela 14. Coeficientes de regressão para a previsão da Frequência de consumo de bebidas alcoólicas (Cont.)

	B	EP	Beta	t	p-value
Preferência pelo tipo de bebida (0 - nenhuma mais do que 1 copo semanal; 1 - vinho; 2 - cerveja; 3- cocktails; 4- Bagaço; 5 - outra bebida; 6 - 2 ou mais bebidas preferidas)	.055	.023	.118	2.350	.020

A equação de previsão da Frequência de consumo de bebidas alcoólicas pode ser construída por um modelo com as dimensões consumo, o que os outros pensam de si, procura de acompanhamento e suporte, sexo e Preferência do tipo de bebida. O modelo apresenta 70.3% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes.

A equação é:

Frequência de consumo de bebidas alcoólicas = $-.773 + 1.476 \text{ Consumo} + .414 \text{ O que os outros pensam de si} + .043 \text{ Procura de acompanhamento e suporte} - .247 \text{ Sexo} + .055 \text{ Preferência do tipo de bebida}$.

Parte IV - DISCUSSÃO

Os principais objetivos da presente investigação foram: analisar as relações entre satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima em não consumidores e consumidores habituais de álcool, e verificar a existência de diferenças entre estes dois grupos.

Como primeira hipótese era esperado que os homens apresentassem maiores consumos de álcool comparativamente com as mulheres.

Os resultados mostraram que, ao nível da frequência média de consumo de bebidas alcoólicas, o consumo é mais frequente no sexo masculino e que, ao nível da quantidade bebida por semana de cerveja e outras bebidas que não o vinho, cocktails e bagaço, quantidade de cerveja e outras bebidas é inferior nas mulheres comparando com os homens. É ainda de acrescentar que as mulheres relataram ter, normalmente, consequências do consumo de bebidas alcoólicas menos graves do que os homens.

Estes resultados estão de acordo com o defendido na literatura (Nystrom, Perassalo, & Salaspuro, 1993; O'Malley & Johnston, 2002). Apesar de as mulheres, metabolicamente, serem menos tolerantes ao álcool, devido ao seu peso inferior, menor percentagem de água corporal e maior percentagem de massa gorda, o que leva a que a intoxicação decorra com metade do uso da quantidade de álcool consumido pelo homem (Schneider et al., 2004; Blow & Barry, 2002), como a frequência e quantidade de bebida consumida é bastante inferior ao dos homens, é natural que estas relatem, em menor número, ter consequências negativas devidas a estes consumos.

Sobre os efeitos do consumo de álcool mais frequentes e as consequências do consumo de álcool mais frequentes, os resultados mostraram que a maior parte dos participantes referiu beber bebidas alcoólicas uma ou duas vezes por mês ou por ano (66%), sendo que apenas 6% dos participantes referiu beber várias vezes por semana. A cerveja e os cocktails são as bebidas com maior consumo semanal, sendo o bagaço a bebida com menor consumo. Estes dados mostram que existem muito participantes com baixos consumos de álcool, sendo muito poucos os que apresentam consumos excessivos.

A maioria dos participantes referiu a descontração como o efeito mais importante que obtém do consumo de bebidas alcoólicas, mas a maior parte dos participantes referiu não ter sentido qualquer consequência ou que a bebida apenas interferiu com o seu discurso. A maior parte dos participantes indicou também que são vistos pelos outros como consumidores

sociais e não como consumidores abusivos. Estes dados reforçam a ideia atrás apresentada de que não existem muitos participantes com consumos excessivos de álcool.

Era igualmente esperado que os homens apresentassem valores superiores de Satisfação com a vida e Auto-estima comparativamente com as mulheres. Os resultados contrariam o defendido por outros autores que referem que os homens apresentam, em média, valores superiores de satisfação com a vida (Fonseca, Paúl, & Martin, 2008; Lacruz, Emeny, Baumert, & Ladwig, 2011; McDonnell et al., 2011) e valores superiores de auto-estima (Hendricks *et al.*, 2001; Miyamoto & Kikuchi, 2012; Puskar et al., 2010; Saigal, Lambert, Russ & Hoult, 2002; Santos & Maia, 2003), pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos para a satisfação com a vida e auto-estima. Todavia, Johnson e McCoy (2000) encontraram também num estudo sobre auto-estima, não existirem diferenças entre sexos, o que está de acordo com a presente investigação.

As diferenças entre os resultados obtidos e os resultados esperados pode dever-se às especificidades da amostra escolhida, pois a população universitária é uma população muito particular, onde o convívio, a educação e a partilha de valores pode estar a tornar ambos os sexos mais homogéneos entre si, diluindo as diferenças entre sexos mais comuns em outro tipo de populações.

Como terceira hipótese era esperado que as mulheres apresentassem valores superiores de ansiedade comparativamente com os homens.

De acordo com os estudos anteriores (Alansari, 2006; Barua & Kar, 2010; Altemus, 2006; Grammatikopoulos & Koutentaris, 2010; Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009; Schoevers, Beekman, & Deeg, 2003) os resultados, da presente investigação, mostram que as mulheres, em média, apresentam mais ansiedade do que os homens. É possível que, neste caso, ao contrário da questão anterior, as diferenças entre sexos se mantenha porque a ansiedade tem uma base biológica mais forte do que a satisfação com a vida e a auto-estima. Tal como explicado anteriormente, a nível biológico as mulheres estão sujeitas a maiores fluxos de hormonas reprodutivas durante a sua vida, alterando a estrutura e funcionamento do cérebro, havendo uma superioridade de patologias afetivas, nas mulheres (Altemus, 2006).

Era também esperado, que existisse uma relação negativa entre a estratégia de *coping* evitamento e a satisfação com a vida. Tal como defendido por Utsey, Ponterotto, Reynolds e Cancelli (2000) e colocado em hipótese os resultados mostraram que quanto maior é a satisfação com a vida menor é a utilização das estratégias de *coping* evitamento. Do mesmo modo, era esperado que existisse uma relação positiva entre as estratégias de *coping* focadas

no problema e a satisfação com a vida. Contudo os resultados não estão de acordo com o defendido por Deniz (2006), que refere que existe uma associação positiva entre as estratégias de *coping* focadas no problema e a satisfação com a vida, uma vez que os resultados mostraram haver uma relação negativa entre a satisfação com a vida e tanto com as estratégias focadas na emoção como no problema. É possível que os dois tipos de estratégias, focados na emoção ou no problema, estejam relacionados com o baixo consumo de bebidas alcoólicas porque, dependendo do problema ou situação, pode ser mais adequado utilizar um ou outro tipo de estratégias, não podendo ser decidido, apenas com base nesta informação quais as estratégias mais adequadas.

Os resultados confirmam a hipótese que existisse uma relação negativa entre a ansiedade e a satisfação com a vida e a ansiedade e a auto-estima, mostrando que quanto menor é a ansiedade, maior é a satisfação com a vida e maior é a auto-estima, estando assim de acordo com a literatura anterior, relativamente à satisfação com a vida (Ay-Woan et al., 2006; Besier et al., 2011; Boelen & Prigerson, 2007; Cho et al., 2011; Gudmundsdottir, Beck, Coffey, Miller, & Palyo, 2004; Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007; Miller, 2009; Norberg, Diefenbach, & Tolin, 2008; Swan et al., 2009; Wetherell et al., 2005; Zhang & Liu, 2007) e relativamente à auto-estima (Maldonado et al., 2013; Sowislo & Orth, 2013).

Era ainda esperado que existisse uma relação positiva entre a Ansiedade e as Estratégias de *coping* focadas na emoção. Os resultados confirmam a hipótese, mas apesar de a literatura falar principalmente da existência de uma relação positiva entre a Ansiedade e as Estratégias de *coping* focadas na emoção (Garcia-Alberca et al., 2012; Gorgen, Hiller, & Witthoft, 2013; Kasi et al., 2012; Taha, Matheson, Cronin & Anisman, 2013; Utsey et al., 2000), os resultados mostraram que quanto maior é a ansiedade maior é a utilização de todas as estratégias de *coping*.

Mahmoud, Staten, Hall e Lennie (2012) e Simpson, Suarez e Connolly (2012), não colocam, no entanto a tónica nas estratégias serem focadas na emoção ou no problema, referindo que existe uma relação positiva entre as estratégias desadaptativas e a ansiedade. Como referido anteriormente, a adaptabilidade das estratégias deve ser vista à luz de cada situação em particular, podendo esta divergência entre os resultados obtidos referentes às estratégias focadas no problema se dever a este facto.

Foi confirmada a hipótese de que existe uma relação negativa entre a Auto-estima e as Estratégias de *coping* focadas na emoção, pois os resultados mostram que quanto maior é a auto-estima menores são a utilização das estratégias de *coping* evitamento cognitivo,

aceitação ou resignação e descarga emocional, o que está de acordo com a restante literatura (Faria, 2003; Lazarus & Folkman, 1984).

Era esperado que existisse, também, uma relação negativa entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida e auto-estima. Esta hipótese foi infirmada, pois não foi encontrada relação entre estes conceitos, contrariando a existência da relação entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida defendida por outros autores (Grant, Wardle, & Steptoe, 2009; Sun, & Shek, 2010; Swain, Gibb, Horwood, & Fergusson, 2012) e da relação entre o consumo de álcool e a auto-estima defendida na literatura (Albernathy, Massad & Dwyer, 1995; Carvajal, Clair, Nash, & Evans, 1998; Schneider, et al, 2004; Tomaka, Morales-Monks, & Shamaley, 2012). É possível que a ausência desta relação, na presente investigação, se deva ao facto de não existirem na amostra muitos consumidores abusivos de bebidas alcoólicas. Assim sendo, o que os dados nos informam é que entre as pessoas com consumos moderados de álcool a relação com a satisfação com a vida e com a auto-estima não se verifica, havendo outras razões para haver maior ou menor satisfação com a vida e maior ou menor auto-estima.

Os resultados também infirmam a hipótese de existir uma relação positiva entre o consumo de álcool e a ansiedade, tal como defendido por outros autores (Blow & Barry, 2002; Caldwell et al., 2002; Crum et al., 2013; Yoon, Chen, & Yi, 2013), uma vez que não foi encontrada uma relação significativa entre o consumo de álcool e a ansiedade. A justificação para esta diferença poderá ser a mesma, apresentada na hipótese anterior, uma vez que estes autores referidos defendem a existência de uma relação positiva entre o consumo de álcool e a ansiedade, mas em situações onde existem problemas relacionados com o álcool.

Também se colocava como hipótese a existência de uma relação positiva entre o consumo de álcool e a utilização da Estratégia de *coping* evitamento. Os resultados confirmaram que existe, de facto, uma relação positiva entre o consumo de álcool e a utilização da Estratégia de *coping* evitamento, estando de acordo com a literatura anterior (Coriale et al., 2012). Contudo, foi encontrada uma relação positiva entre o consumo de álcool e a utilização, tanto de estratégias de *coping* focadas na emoção, como de estratégias de *coping* focadas no problema. Uma possível explicação para este facto foi já apresentada anteriormente quando se discutiu a questão da relação negativa entre a estratégia de *coping* evitamento e a satisfação com a vida e a questão da relação positiva entre as estratégias de *coping* focadas no problema e a satisfação com a vida. Apesar de a literatura relacionar de forma negativa, muito frequentemente, o consumo de álcool e a utilização da Estratégia de *coping* religião (Dulin, Hill, & Ellingson, 2006; Galen & Rogers, 2004; George, Ellison, &

Larson, 2002; Harrell & Powell, 2013; Laubmeier, Zakowski, & Blair, 2004; Oleckno e Blacconiere, 1991) esta estratégia de *coping* não foi utilizada na presente investigação.

Por fim, a relação entre satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima no consumo de álcool, permitiu, através da análise de regressão, estabelecer um modelo (medida) de previsão da frequência de consumo de bebidas alcoólicas, o qual inclui, como variáveis preditoras, o consumo, o que os outros pensam de si, a procura de acompanhamento e suporte, o sexo e a preferência do tipo de bebida, apresentando 70.3% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes, o que é um valor bastante satisfatório para o modelo.

Foi também objetivo estudar as diferenças entre tipo de bebida consumida ao nível da satisfação com a vida, estratégias de *coping*, ansiedade e auto-estima. Desta forma foram avaliadas as diferenças entre os participantes que consomem mais cerveja, vinho, cocktails, ou que têm mais do que duas bebidas preferidas. Os resultados mostram que os participantes com maiores consumos de vinho apresentam maior utilização da estratégia de *coping* procura de recompensas alternativas mais elevado do que os participantes com preferência por cerveja, mas não foram encontradas quaisquer outras diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados parecem mostrar que os consumidores de vinho são os que procuram mais recompensas alternativas no seu consumo. Contudo há que salientar mais uma vez que não foram incluídos na amostra muitos participantes com consumos abusivos de álcool.

Conclusão

Os resultados desta dissertação demonstraram que os homens apresentam maiores e mais frequentes consumos de álcool comparativamente com as mulheres, e que estas diferenças são mais visíveis ao nível da quantidade bebida por semana de cerveja e outras bebidas que não o vinho, cocktails e bagaço. Concomitantemente, as mulheres relatam ter consequências do consumo de bebidas alcoólicas menos graves do que os homens, sendo a descontração o efeito mais procurado pelos estudantes universitários quando consomem bebidas alcoólicas.

Este estudo mostrou ainda que entre os estudantes universitários não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos para a satisfação com a vida e auto-estima, mas que as mulheres apresentam mais sintomatologia ansiosa do que os homens.

Em termos das relações entre as dimensões em estudo, parece existir uma relação negativa entre a estratégia de *coping* evitamento e a satisfação com a vida, entre a satisfação com a vida tanto com as estratégias focadas na emoção como no problema, entre a ansiedade e a satisfação com a vida, entre a ansiedade e a auto-estima e entre a auto-estima e as estratégias de *coping* focadas na emoção. A relação positiva encontra-se entre a Ansiedade e as Estratégias de *coping* focadas na emoção e no problema e entre o consumo de álcool e a utilização da estratégia de *coping* evitamento. Não foi encontrada relação entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida, entre o consumo de álcool e a auto-estima defendida e entre o consumo de álcool e a ansiedade.

Por fim, o consumo, o que os outros pensam de si, a procura de acompanhamento e suporte, o sexo e a preferência do tipo de bebida parecem explicar a frequência de consumo de bebidas alcoólicas.

Limitações do Estudo

Relativamente, às limitações desta investigação podemos apontar as seguintes questões: a utilização de uma amostra de conveniência; a reduzida participação de consumidores abusivos de bebidas alcoólicas e a distribuição geográfica das universidades não ser representativa da população de estudantes universitários em Portugal.

No que concerne ao número reduzido de consumidores abusivos de álcool, é natural que assim tenha sido, pois a amostra foi recolhida em contexto universitário, não sendo

esperado que estivessem presentes muitos estudantes com problemas de verdadeiros abusos de álcool, provavelmente por estes não estarem tão funcionais quanto a actividade académica exige.

Quanto a sugestões para estudos futuros refere-se que será importante podermos pensar que a contribuição de mais investigação nesta área é de extrema relevância. Deste modo pode-se sugerir que estudos futuros incluam outras medidas de avaliação tais como medidas de ideação suicida e desesperança, por ser um tema bastante referido na comunicação social e que carece de conhecimento na comunidade científica.

Assim, pode-se afirmar que estudos, como a presente dissertação, que relacionam estratégias de *coping*, satisfação com a vida, ansiedade, auto-estima e consumos de álcool podem dar mais detalhes sobre o que se pode fazer ao nível da prevenção em estudantes universitários.

Consideramos que seria igualmente importante realizar estudos populacionais sobre os mecanismos psico-sociais que conduzem ou que contribuem para o consumo excessivo de álcool, não só para um melhor conhecimento científico desta questão, mas também para criar medidas que contribuíssem para melhorar a saúde mental ao nível populacional.

Referências

- Alansari, B. M. (2006). Gender differences in anxiety among undergraduates from sixteen islamic countries. *Social Behavior and Personality*, 34, 651-659.
- Albernathy, T. J., Massad, L., & Dwyer, R. L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30, 899-907.
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potencial biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50, 534-538.
- Alves, R. (2008). *O bem-estar subjectivo e a prática desportiva em adolescentes da região autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, F. M., & Robinson, J. P. (1991). *Measures of subjective well-being*. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L. Wrightsman (Eds.), *Social psychological attitudes: Vol. 1. Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 61–114). San Diego, CA: Academic Press.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Agio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 2, 273-294.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 8, 45-49.
- Ay-Woan, P., Sarah, C. P., Lyinn, C., Tsyng-Jang, C., & Ping-Chuan, H. (2006). Quality of life in depression: predictive models. *Quality of Life Research*, 1, 39-48.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Freedman-Doan, P., Trzesniewski, K. H., & Donnellan, M. B. (2011). Adolescent Self-Esteem: Differences by Race/Ethnicity, Gender, and Age. *Self Identity*, 4, 445-473.
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. *Soc Indic Res*, 2, 183-203.
- Baptista, A. (1988). Ansiedade I. Natureza e classificação. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 1, 149-164.
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 150-153.

- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Besier, T., Born, A., Henrich, G., Hinz, A., Quittner, A. L., & Goldbeck, L. (2011). Anxiety, depression, and life satisfaction in parents caring for children with cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 7, 672-682.
- Bjork, J. M., Dougherty, D. M., Moeller, F. G. (1999). Symptomatology of depression and anxiety in female “social drinkers”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 1, 173-182.
- Blow, C. F., & Barry, L. K. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Journal of Psychology*, 12, 209-221.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 8, 444-452.
- Brown, T. L., Salsman, J. M., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2007). Religiousness, spirituality, and social support: How are they related to underage drinking among college students? *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 2, 15–39.
- Caldwell, C. H., Kohn-Wood, L. P., Schmeelk-Cone, K. H., Chavous, T. M., & Zimmerman, M. A. (2004). Racial discrimination and racial identity as risk and protective factors for violent behaviors in African American young adults. *American Journal of Community Psychology*, 33, 91–105.
- Caldwell, T. M., Rodgers, B., Jorm, A. F., Christensen, H., Jacomb, P. A., Korten, A. E., et al. (2002). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Society for the study of Addiction to alcohol and other drugs*, 97, 583-594.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.

- Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nasch, S. G., & Evans, R. I. (1998). Relating optimism, hope and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 443-465.
- Chapman, G. E. J., Yu, K., & White, D. P. (2001). A follow-up survey of alcohol consumption and knowledge in medical students. *Alcohol and Alcoholism*, 6, 540-543.
- Chávez, C. M. L., & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención de consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Latino-am*, 13, 784-789.
- Cho, H. S., Park, J. M., Lim, C. H., Cho, Y. K., Lee, I. S., Kim, S. W., . . . Chung, Y. K. (2011). Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver*, 1, 29-36.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of Trait Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Sensation Seeking to Adolescents' Motivations for alcohol, Cigarette, and Marijuana Use. *Addictive Behaviors*, 6, 803-825.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: a mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 4, 1912-1919.
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: a mediation analysis. *Addictive Behavior*, 11, 1224-1229.
- Coutinho, E. S. F. (1995). *Fatores sócio-demográficos e morbidade psiquiátrica menor: homogeneidade ou heterogeneidade de efeitos?* Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Crocker, A.C. (2000). Introduction: The happiness in all our lives. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 319-325.
- Crum, R. M., La Flair, L., Storr, C. L., Green, K. M., Stuart, E. A., Alvanzo, A. A., Mojtabai, R. (2013). Reports of drinking to self-medicate anxiety symptoms: longitudinal assessment for subgroups of individuals with alcohol dependence. *Depression and Anxiety*, 2, 174-183.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Qual Life Res*, 6, 669-678.
- Deniz, M. E. (2006). The relationship among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and decision self-esteem: an investigation with Turkish university students. *Social Behaviour and Personality*, 9, 1161-1170.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G., Bakken, I. J., & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 3, 261-267.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). *Findings on subjective well-being and their implications for empowerment*. Retirado a 4, Fevereiro, 2011, de www.siteresources.worldbank.org/intempowerment/resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 653-663.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Vol. 17. Focus on emotion and adult development* (pp. 304-324). New York: Springer.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dulin, P. L., Hill, R. D., & Ellingson, K. (2006). Relationships among religious factors, social support and alcohol abuse in a Western U.S. college student sample. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50, 5-14.
- Faria, L. (2002). *A importância do auto-conceito em contexto escolar*. In C. M. Lopes Pires, P. J. Costa, S. Brites, & S. Ferreira (Orgs.), *Psicologia, sociedade & bem-estar* (pp. 87-98). Leiria: Editorial Diferença.
- Faria, L. (2003). Algumas reflexões sobre a competência e a incompetência: Desafios para a intervenção psicopedagógica. *Sobredotação*, 2, 25-36.

- Faulkner, S., Hendry, L., B., Roderique, L., Thomson, R. (2006). A preliminary study of the attitudes, triggers and consequences of hazardous drinking in university students. *Health Education Journal*, 65, 159-169.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science Medicine*, 3, 309-317.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 2, 87-102.
- Frederickson, B. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
- Furr, R. M. & Funder, D. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1580–1591.
- Galen, L. W., & Rogers, W. M. (2004). Religiosity, alcohol expectancies, drinking motives and their interaction in the prediction of drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 469–476.
- Garcia-Alberca, J. M., Cruz, B., Lara, J. P., Garrido, V., Lara, A., & Gris, E. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MALAGA-AD study. *International Psychogeriatrics*, 8, 1325-1334.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychology Inquiry*, 13, 199–200.
- Ginsburg, G., Riddle, M. D., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1179-1187.
- Glashouwer, K. A., Vroling, M. S., de Jong, P. J., Lange, W. G., & de Keijser, J. (2013). Low implicit self-esteem and dysfunctional automatic associations in social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 262-270.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres / Nova York: Tavistock / Routledge.
- Gorgen, S. M., Hiller, W., & Witthoft, M. (2013). Health Anxiety, Cognitive Coping, and Emotion Regulation: A Latent Variable Approach. *International Journal of Behavioral Medicine*. doi: 10.1007/s12529-013-9297-y.

- Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9, 137.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81–108.
- Gudmundsdottir, B., Beck, J. G., Coffey, S. F., Miller, L., & Palyo, S. A. (2004). Quality of life and post trauma symptomatology in motor vehicle accident survivors: the mediating effects of depression and anxiety. *Depression and Anxiety*, 4, 187-189.
- Guzman, A. B., Cucueco, D. S., Cuenco, I. B. V., Cunanan, N. G. C., Dabandan, R. T., & Dacanay, E. J. E. (2009). Petmanship: Understanding elderly filipinos' self-perceived health and self-esteem captured from their lived experiences with pet companions. *Educational Gerontology*, 11, 963-989.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719-759.
- Harrell, Z. A., & Powell, K. (2013). The relationship between parent and student religious coping and college alcohol use. *Journal of Religion and Health*. doi: 10.1007/s10943-013-9683-4
- Hendricks, C. S., Tavakoli, A., Hendricks, D. L., Harter, N. R., Campbell, K. P., L'Ecuver, R. I., Geddings, A. A., *et al.* (2001). Self-esteem matters: racial & gender differences among rural southern adolescents. *Journal of Nacional Black Nurses' Association*, 12, 15-22.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342–349.
- Hesse, M. (2005). Personality disorders in substance abusers: validation of the DIP-Q through principal components factor analysis and canonical correlation analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 544-552.
- Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 159-165.
- Huebner, E. S. (1991). Correlates of life satisfaction in children. *School Psychology Quarterly*, 2, 103-111.

- Hulme, N., Hirsch, C., & Stopa, L. (2012). Images of the self and self-esteem: do positive self-images improve self-esteem in social anxiety? *Cognitive Behavioral Therapy*, 2, 163-173.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jernigan, D., H. (2001). *Global Status Report: Alcohol and young people*. World Health Organization. Acedido em 7 de Dezembro de 2012 em http://Whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf.
- Johnson, W., & McCoy, N. (2000). Self-confidence, self-esteem, and assumption of sex role in young men and women. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 751-756.
- Jung, J.Y., Oh, Y.H., Oh, K.S., Suh, D.W., Shin, Y.C., & Kim, H.J. (2007). Positive-thinking and life satisfaction among koreans. *Yonsei Medical Journal*, 3, 371-378.
- Kamman, R., Farry, M., & Herbison, P. (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. *Social Indicators Research*, 15, 91–116.
- Kaplan, H., & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre-RS: Artmed.
- Kasi, P. M., Naqvi, H. A., Afghan, A. K., Khawar, T., Khan, F. H., Khan, U. Z., Khan, H. M. (2012). Coping styles in patients with anxiety and depression. *ISRN Psychiatry*, 2012, 128672. doi: 10.5402/2012/128672
- Kazdin, A. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127–141.
- Kieffer, K. M., Cronin, C., & Gawet, D. L. (2006). Test and study worry and emotionality in the prediction of college student's reasons for drinking: an exploratory investigation. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50, 57-81.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorder among elderly people. *International of Geriatric Psychiatry*, 24, 1026-1033.
- Kuntsche, E. N., Knibbe, R., Gmel, G., Engels. R. (2005). Why do Young People Drink? A Review of Drinking Motives. *Clinical Psychology Review*, 7, 841-861.
- Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Baumert, J., & Ladwig, K. H. (2011). Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: results from the MONICA/KORA Augsburg S3 survey cohort study. *BMC Public Health*, 11, 579-587.
- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Blair, J. P. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 48–55.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lent, R., Singley, D., Sheu, H., Gainor, K., Brenner, B., Treistman, D., et al. (2005). Social cognitive predictors of domain and life satisfaction: exploring the theoretical precursors of subjective well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 429-442.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 109-117.
- Lewinsohn, P., Redner, V., & Seeley, J. (1991). *The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives*. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwartz (Eds.). Subjective Well-being (pp. 193–212). New York: Plenum Press.
- Lorente, O. F., Watel, P. P., Griffet, J., & Grélot, L. (2003). Alcohol use and intoxication in sport university students. *Alcohol and Alcoholism*, 5, 427-430.
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 4, 412-424.
- Maldonado, L., Huang, Y., Chen, R., Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2013). Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.02.025
- Mann, M. M., Hosman, H. M. C., Schaalma, P. H., & Vries, K. N. (2004). Self-esteem in a broad spectrum a pproach for mental health promotion. *Health Education Research*, 4, 357-372.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept (self description questionnaire II) and adolescent mental health (youth self-report). *Psychological Assessment*, 16, 27-41.
- Mayer, J. & Filstead, W.J. (1979). The adolescent alcohol involvement scale: An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 291-300.
- McDonnell, L. A., Riley, D. L., Blanchard, C. M., Reid, R. D., Pipe, A. L., Morrin, L. I., & D'Angelo, M. E. (2011). Gender differences in satisfaction with life in patients with

- coronary heart disease: physical activity as a possible mediating factor. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 192-200.
- Meneghel, S. N., Victoria, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do sul. *Revista de Saúde Pública*, 6, 804-810.
- Miller, M. C. (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter*, 3, 1-4.
- Miyamoto, R., & Kikuchi, Y. (2012). Gender differences of brain activity in the conflicts based on implicit self-esteem. *PLoS One*, 5, e37901. doi: 10.1371/journal.pone.0037901
- Mosquera, J. J. M., & Stobaus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 83-88.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 189–202.
- Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms, correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychological Reports*, 94, 1269-1275.
- Newbury-Birch, D., White, M., Kamali, F. (2000). Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 2, 125-130.
- Newcomb, M. D., Bentler, P. M., & Collins, C. (1986). Alcohol use and dissatisfaction with self and life: A longitudinal analysis of young adults. *Journal of Drug Issues*, 63, 479–494.
- Niemi, T. (1988). Problems among students seeking mental health care. *Journal of American College Health*, 36, 353-354.
- Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1516–1522.
- Norstrom, T. (1995). Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addict*, 90, 463-470.
- Nystrom, M., Perasalo, J., & Salaspuro, M. (1993). Alcohol use patterns in young university students in Finland. *Journal of Primary health Care*, 11, 151-156.
- O'Malley, M. P., & Johnston, D. L. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Social Research*, 4, 106-111.

- Obeid, N., Buchholz, A., Boerner, K. E., Henderson, K. A., & Norris, M. (2013). Self-esteem and social anxiety in an adolescent female eating disorder population: age and diagnostic effects. *Eating Disorders*, 2, 140-153.
- Oleckno, W. A., & Blacsoniere, M. J. (1991). Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes. *Psychological Reports*, 68, 819–826.
- Oliveira, E. R. F. L. (2007). *Atitudes dos alunos brancos em relação a alunos negros*. Dissertação de mestrado em Relações Internacionais apresentado na Universidade Aberta.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 2, 164-172.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência.
- Pereira, A. (1997). *Helping students cope: Peer counselling in higher education*. Dissertação de Doutoramento. Hull, Universidade de Hull, U.K.
- Peuker, A. C., Fogaça, J., Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 22, 2, 193-200.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 2, 351-367.
- Poikolainen, K., Henriksson, T. A., Setälä, A. T., Marttunen, M., & Lonnqvist, J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old finishing adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 1, 85-88.
- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16, 206–216.
- Puskar, K. R., Bernardo, L. M., Ren, D., Haley, T. M., Tark, K. H., Switala, J., & Siemon, L. (2010). Self-esteem and optimism in rural youth: gender differences. *Contemporary Nurse*, 2, 190-198.
- Quintão, S. (2010). *Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck - BAI*. Tese de Doutoramento, Universidad de Salamanca. Salamanca.
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2011). Avaliação da escala de auto-estima de Rosenberg mediante o modelo de Rasch. *Psicologia*, 2, 87-101.
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2, 231-236.

- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- Rafael, M. G. F. (2006). *Estratégias de coping e estima de si. Estudo comparativo entre os estudantes da Universidade do Algarve com e sem recurso à acção social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de psicologia Aplicada, Lisboa.
- Raphael, D., Rukholm, E., Brown, I., Hill-Bailey, P., & Donato, E. (1996). The quality of life profile-adolescentversion: Background, description, and initial validation. *Journal of Adolescent Health*, 19, 366–375.
- Ribeiro, D. P. S. A. (2002). Estratégias de “Coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública. *Revista de Psicologia da UNESP*, 1, 74-81.
- Rimmer, J., Halikas, J. A., & Schuckit, M. A. (1982). Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *Journal American College Health*, 30, 207-211.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children’s coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Saigal, S., Lambert, M., Russ, C., & Hoult, L. (2002). Self-esteem of adolescents who were born prematurely. *Pediatrics*, 109, 429-433.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Baker, E. (1997). Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: a prospective analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 15, 274-30.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality & Social Psychology*, 89, 623-642.
- Schneider, U., Olbrisch, K. T., Wedegartner, F., CImander, K. F., & Wetterling, T. (2004). Wishes and expectations of alcoholic patients concerning their therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 2, 141-145.

- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 994-1001.
- Schreiber, F., Bohn, C., Aderka, I. M., Stangier, U., & Steil, R. (2012). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem among adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 1074-1081.
- Schunk, D. (1990). *Self-concept and school achievement*. In C. Rofers, & Kutnick (Eds.), *The social psychology of the primary school* (pp. 70-79). London: Routledge.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, pp. 5–14.
- Seligson, J. L., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Student's Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61, 121–145.
- Shapurian, R., Hojat, M., & Nayerahmadi, H. (1987). Psychometric characteristics and dimensionality of Pearsian versión of Rosenberg Self-Esteem Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 27-34.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Silverstone, H. P., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I-the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-2.
- Simpson, D., Suarez, L., & Connolly, S. (2012). Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: a review of coping strategies and parental behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 2, 87-95.
- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos*, 1, 57-74.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 1, 213-240.
- Suldo, S. & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior in adolescence?. *School Psychology Quarterly*, 2, 93-105.

- Swan, A., Watson, H. J., & Nathan, P. R. (2009). Quality of life in depression: an important outcome measure in an outpatient cognitive-behavioural therapy group programme? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 485-496.
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2013). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health and Psychology*. doi: 10.1111/bjhp.12058
- Tomaka, J., Morales-Monks, S., & Shamaley, A. G. (2012). Stress and Coping Mediate Relationships between Contingent and Global Self-Esteem and Alcohol-Related Problems among College Drinkers. *Stress and Health*. doi: 10.1002/smi.2448
- Townshend, J. M., Duka, T. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 2, 187-192.
- Tragesser, S. L., Sher, K. J., Trull, T. J., Park, A. (2007). Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: cross-sectional and prospective mediation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15, 3, 282-292.
- Utsey, S. O., Ponterotto, J. G., Reynolds, A. L., & Cancelli, A. A. (2000). Racial discrimination, coping,
- Valois, R. E., Zullis, K., Huebner, E. S., & Drane, W.: (2001). Relationships between life satisfaction and violent behavior among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25, 353-366.
- Vaz-Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In Almeida, L. S., Simões, M. R., & Gonçalves, M. M. (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 152-154). Braga: APPORT.
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333-354.
- Watts, S. E., & Weems, C. F. (2006). Associations among selective attention, memory bias, cognitive errors and symptoms of anxiety in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 841-852.
- Webb, E., Ashton, H., Kelly, P., Kamali, F. (1997). Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university students: interfaculty comparisons. *Drug and Alcohol Dependence* 47, 145-153.
- West, R., Drummond, C., Eames, K. (1990). Alcohol consumption, problem drinking and anti-social behaviour in a sample of college students. *British Journal of Addiction*, 85, 479-486.

- Wetherell, J. L., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2001). A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. *American Psychological Association*, 2, 187-195.
- Wetherell, J. L., Maser, J. D., & Van balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 401-402.
- Woldt, B. D., & Bradley, J. R. (1996). Precursors, mediators and problem drinking: Path analytic models for men and women. *Journal of Drug Education*, 1, 1-12.
- World Mental Health Consortium. (2010). *Primeiros resultados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Comunicação apresentada na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Yoon, Y. H., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2013). Unintentional alcohol and drug poisoning in association with substance use disorders and mood and anxiety disorders: results from the 2010 Nationwide Inpatient Sample. *Injury Prevention*. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040732
- Zhang, W., & Liu, G. (2007). Childlessness, psychological well-being, and life satisfaction among the elderly in China. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 22, 185-203.
- Zullig, K., Valois, R., Huebner, E. S., & Drane, W. (2001). The relationship between life satisfaction and selected substance abuse behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.

ANEXOS

Anexo I

PROTOCOLO

--	--	--

Caro(a) participante,

Queremos solicitar a sua colaboração para uma investigação que tem como objetivo estudar os comportamentos associados ao consumo de álcool nos estudantes universitários portugueses.

Desta forma, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe vão ser colocadas. Não existem respostas certas nem erradas. Responda apenas de forma a refletir as suas opiniões pessoais.

Os dados que nos vai facultar são confidenciais e anónimos, destinando-se a tratamento estatístico em grupo, pelo que pedimos que não escreva o seu nome neste questionário.

A sua participação nesta investigação é voluntária. Se, a qualquer momento do preenchimento deste questionário não quiser continuar, sintase à vontade para se retirar.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

POR FAVOR, NÃO EScreva O SEU NOME NESTE QUESTIONÁRIO

1 - Idade: _____ Anos

2 - Sexo: ☐₁ Masculino ☐₂ Feminino

3 - Residência: ☐₁ Meio Urbano ☐₂ Meio Rural ☐₃ Outra : _____

4 - Etnia: ☐₁ Caucasiana (Branca) ☐₂ Negra ☐₃ Outra : _____

5 - Estado civil: ☐₁ Solteiro(a) ☐₂ Casado(a) / União de Facto

☐₃ Separado(a) / Divorciado(a) ☐₄ Viúvo(a)

6 - Habilitações literárias (escolaridade): _____

7- Profissão: _____

AAIS

1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

- ☐₀- Nunca. ☐₁- 1 ou 2 vezes por ano. ☐₂- 1 ou 2 vezes por mês.
☐₃- Todos os fins-de-semana. ☐₄- Várias vezes por semana. ☐₅- Todos os dias.

2 – Em relação às seguintes bebidas, assinale com uma cruz a quantidade que bebe semanalmente:

	1 copo ou menos	2 copos	3 a 5 copos	6 ou mais copos	Até ficar alegre	Até ficar embriagado
Vinho						
Cerveja						
Cocktails de bebidas alcoólicas						
Bagaço, brandy,						
Outra, qual:						

3 - Qual o efeito mais importante que a bebida provoca em si?

- ☐₁- Descontrair-me. ☐₂- Ficar moderadamente alegre.
☐₃- Ficar embriagado. ☐₄- Ficar doente.
☐₅- Desmaiar, perder os sentidos. ☐₆- Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

4 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

- ☐₁- Nenhum (não senti qualquer efeito).
☐₂- Interferiu com o que dizia.
☐₃- Não me deixou passar um bom bocado.
☐₄- Interferiu com o meu trabalho.
☐₅- Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
☐₆- Provocou-me problemas em casa.
☐₇- Envolvi-me em agressões físicas ou destruí algo.
☐₈- Provocou-me um acidente, ferimentos ou problemas com a polícia.

5 – O que acha que os outros pensam sobre si?

☐₁- Não sei.

☐₂- Acham que bebo socialmente.

☐₃- Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.

☐₄- A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool.

☐₅- A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda pela quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas.

☐₆- A família e/ou os amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda por mim, devido à quantidade de álcool ingerido.

SWLS

Em baixo seguem-se 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Usando a escala de 1 a 7, que se descreve seguidamente, indique a sua concordância com cada afirmação, colocando o número apropriado na linha que precede cada item. A escala é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Não concordo totalmente	Não concordo	Não concordo ligeiramente	Neutro, não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal.	
As minhas condições de vida são excelentes.	
Estou satisfeito com a minha vida.	
Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida.	
Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada.	

CRIU

Leia cada uma das perguntas com atenção e indique a periodicidade com que teve esse comportamento em relação ao problema que acabou de descrever. Coloque um círculo sobre a resposta adequada:

Circule “**N**” se a sua resposta for NÃO, de maneira **N**enhuma.

Circule “**U**” se a sua resposta for SIM, **U**ma ou duas vezes.

Circule “**A**” se a sua resposta for SIM, **A**lgumas vezes.

Circule “**B**” se a sua resposta for SIM, **B**astantes vezes.

Não se esqueça de assinalar todas as suas respostas. Responda por favor a cada pergunta com a máxima exatidão.

1.	Considerou diferentes formas de lidar com o problema?	N	U	A	B
2.	Arranjou argumentos que o fizessem sentir-se melhor?	N	U	A	B
3.	Falou acerca do problema com familiares ou amigos?	N	U	A	B
4.	Concebeu um plano de acção e seguiu-o?	N	U	A	B
5.	Tentou esquecer tudo?	N	U	A	B
6.	Achou que tudo se alteraria com o tempo, que a única coisa a fazer seria esperar?	N	U	A	B
7.	Tentou ajudar outras pessoas a lidar com um problema idêntico?	N	U	A	B
8.	Vingou-se noutras pessoas quando se sentiu zangado ou deprimido?	N	U	A	B
9.	Tentou afastar-se da situação e ser mais objectivo?	N	U	A	B
10.	Pensou para consigo que as coisas poderiam ser muito piores?	N	U	A	B
11.	Falou do problema com algum amigo?	N	U	A	B
12.	Sabia o que tinha que fazer e tentou verdadeiramente resolver as coisas?	N	U	A	B
13.	Tentou não pensar acerca do problema?	N	U	A	B
14.	Percebeu que não podia controlar o problema?	N	U	A	B
15.	Desenvolveu atividades novas?	N	U	A	B
16.	Tentou a sua sorte e correu algum risco?	N	U	A	B
17.	Pensou naquilo que diria ou faria?	N	U	A	B
18.	Tentou ver o lado positivo da situação?	N	U	A	B
19.	Falou com algum profissional (i.e., médico, advogado, padre)?	N	U	A	B
20.	Decidiu o que queria e lutou para o conseguir?	N	U	A	B

21.	Sonhou acordado ou imaginou um tempo e um lugar melhor do que aquele em que se encontrava?	N	U	A	B
22.	Considerou que o resultado seria decidido pelo destino?	N	U	A	B
23.	Tentou criar novos amigos?	N	U	A	B
24.	Afastou-se das pessoas em geral?	N	U	A	B
25.	Tentou antecipar como as coisas iriam desenrolar-se?	N	U	A	B
26.	Considerou que estava em muito melhores circunstâncias do que outras pessoas com problemas idênticos?	N	U	A	B
27.	Procurou ajuda de pessoas ou grupos com problemas idênticos?	N	U	A	B
28.	Ensaçou pelo menos duas formas diferentes de resolver o problema?	N	U	A	B
29.	Tentou não pensar acerca da situação, mesmo sabendo que teria que acabar por o fazer?	N	U	A	B
30.	Aceitou a situação, sentindo que nada podia fazer?	N	U	A	B
31.	Leu mais, como fonte de prazer?	N	U	A	B
32.	Gritou ou berrou para libertar a tensão?	N	U	A	B
33.	Tentou encontrar algum significado pessoal na situação?	N	U	A	B
34.	Tentou convencer-se de que as coisas iriam melhorar?	N	U	A	B
35.	Tentou saber mais acerca da situação?	N	U	A	B
36.	Tentou aprender a fazer mais coisas sozinho?	N	U	A	B
37.	Desejou que o problema desaparecesse ou terminasse de alguma forma?	N	U	A	B
38.	Esperou o pior dos resultados?	N	U	A	B
39.	Dedicou mais tempo a actividades de lazer?	N	U	A	B
40.	Chorou, como forma de expressar os seus sentimentos?	N	U	A	B
41.	Tentou prever as novas exigências que lhe seriam feitas?	N	U	A	B
42.	Considerou que este acontecimento poderia mudar a sua vida para melhor?	N	U	A	B
43.	Rezou para ser guiado e/ou para ser fortalecido?	N	U	A	B
44.	Adotou uma atitude de viver um dia de cada vez, uma coisa de cada vez?	N	U	A	B
45.	Tentou negar a gravidade real do problema?	N	U	A	B
46.	Perdeu a esperança de que as coisas voltariam à normalidade?	N	U	A	B
47.	Dedicou-se mais ao trabalho ou a outras atividades como ajuda para lidar com a situação?	N	U	A	B
48.	Fez alguma coisa que considerasse que não ia resultar, mas que lhe desse a sensação de que pelo menos estava a fazer alguma coisa?	N	U	A	B

BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Identifique o quanto se tem sentido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um círculo no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigueiro	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trémulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdómen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).				
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.				
3. Sinto que tenho algumas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.				
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.				
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.				
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).				
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).				
10. Adoto uma atitude positiva para comigo.				